

UNIVERZITA KARLOVA

v Praze

Pedagogická fakulta

**Podpora léčebného procesu hospitalizovaného dítěte
pedagogickými prostředky**

**Promoting the healing process of the hospitalized child through the educational
resources**

DISERTAČNÍ PRÁCE

PhDr. Jana Dlouhá

Praha, 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a na základě literatury uvedené v seznamu použité literatury, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 12. 5. 2011

PhDr. Jana Dlouhá

Dovoluji si tímto poděkovat školitelce doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. a všem, kteří mi svými cennými radami přispěli k vypracování této práce.

Chtěla bych nesmírně poděkovat paní ředitelce Základní školy při FN HK v Hradci Králové PaedDr. Věře Lukášové a všem tamním pedagogům, kteří mi umožnili provést výzkum na dětských odděleních.

Děkuji mé rodině – mamince, dceři Moničce a manželovi, PhDr. Martinovi Dlouhému, Ph.D. za toleranci, podporu a trpělivost se mnou při výzkumu, zpracování a při psaní disertační práce.

OBSAH

Úvod	7
1 VÝCHODISKA ZKOUMANÉHO PROBLÉMU	9
1.1 Nemocné dítě a potřeba sociální opory během léčby i případné hospitalizace	9
1.1.1 Shrnutí	12
1.2 Rodiče nemocného dítěte a jejich role během léčebného procesu nemocného dítěte ..	14
1.2.1 Poskytování psychické a sociální opory herním specialistou a zdravotnickým personálem rodičům hospitalizovaných dětí	18
1.2.2 Rodiče hospitalizovaných dětí a pedagogové ve škole při nemocnici	20
1.2.3 Dilemata rodičů při rozhodování mezi spuluhospitalizací s nemocným dítětem a návštěvami	22
1.2.4 Rodič jako návštěva při nemožnosti spuluhospitalizace	23
1.2.5 Příprava dítěte rodiči na plánovanou hospitalizaci	25
1.2.6 Shrnutí.....	27
1.3 Význam školy při nemocnici při podpoře hospitalizovaného dítěte	29
1.3.1 Legislativní ukotvení škol při nemocnicích	29
1.3.2 Výchova a vzdělávání jako součást léčebného procesu	31
1.3.3 Výchovně vzdělávací cíle ve školách při nemocnicích	36
1.3.4 Navázání kontaktu pedagoga s nemocným dítětem	38
1.3.5 Osobnost učitele ve škole při nemocnici	39
1.3.6 Organizace vyučování ve škole při nemocnici	41
1.3.7 Spolupráce učitele ve škole při nemocnici s kmenovou školou žáka	42
1.3.8 Úloha školy při nemocnici při vyplňování volného času hospitalizovaného dítěte ..	43
1.3.9 Shrnutí.....	44
1.4 Herní terapie v ČR	45
1.4.1 Terminologické vymezení herní terapie	45
1.4.2 Zavádění profese herního specialisty na dětská oddělení v rámci humanizace nemocnic	46
1.4.3 Historie vzniku profese herního specialisty v České republice	47
1.4.4 Herní práce jako nedílná součást zdravotnické a pedagogické profese	49
1.4.5 Legislativní ukotvení profese herního specialisty a pregraduální vzdělávání herních specialistů	52
1.4.6 Současná praxe na dětských odděleních v ČR	56
1.4.7 Náplň činnosti herního specialisty na dětských odděleních v ČR	58

1. 4. 8 Shrnutí	69
1. 5. Herní terapie v zemi jejího vzniku	71
1. 5. 1 Původ vzniku herní terapie	71
1. 5. 2 Úkoly a náplň práce herního specialisty na dětských odděleních ve Velké Británii	73
1. 5. 3 Shrnutí	80
1. 6 Volný čas hospitalizovaného dítěte a netradiční formy podpory hospitalizovaného dítěte	84
1. 6. 1 Volný čas hospitalizovaného dítěte	84
1. 6. 2 Psychoterapeutický význam smysluplného ovlivňování volného času hospitalizovaných dětí	85
1. 6. 3 Funkce a možnosti volného času hospitalizovaných dětí	87
1. 6. 4 Aktivita za pomoci / přítomnosti zvířat u hospitalizovaných dětí	90
1. 6. 5 Shrnutí	95
1. 7 Psychologické aspekty nemocného dítěte	96
1. 7. 1 Osobnost nemocného dítěte	96
1. 7. 2 Shrnutí.....	100
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	102
2. 1 Cíle a úkoly výzkumu	102
2. 1. 1 Cíle výzkumu.....	102
2. 1. 2 Problém práce	102
2. 1. 3 Výzkumné otázky	103
2. 1. 4 Úkoly práce	104
2. 2 Metodika práce	105
2. 2. 1 Charakteristika zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, popis zkoumaných souborů	105
2. 2. 2 Organizace práce	110
2. 2. 3 Použité metody	110
2. 2. 4 Zpracování výsledků	115
2. 3 Interpretace získaných výsledků, diskuse	116
2. 3. 1 Analýza výsledků testu subjektivní pohody (získané Dotazníkem subjektivní pohody BSP)	116
2. 3. 2 Analýza výsledků testu sociální opory (Mareš, 1991) – interpretace a diskuse ...	127

2. 3. 3	Analýza výsledků osobnostní ankety zaměřené na zjišťování zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí – interpretace a diskuze	150
3	ZÁVĚRY	173
3.1	Závěry pro teorii	173
3.2	Závěry pro praxi	178
Resume	181
Summary	183
Literatura	185
Přílohy	198

Úvod

Téma disertační práce zaměřené na problematiku pedagogické podpory léčebného procesu dlouhodobě nemocného dítěte jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti získané během studia Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika pro základní školy. Zde jsem se měla možnost setkávat s dlouhodobě nemocnými dětmi v rámci souvislých praxí (Dětský psychiatrický stacionář při FDN U Sv. Anny v Brně, základní škola při FDN JGM v Brně Černých Polích) a v rámci dlouhodobého projektu LF MU v Brně, Pedagogické fakulty MU v Brně a brněnské zoologické zahrady. Cílem zmíněného projektu je zejména psychická podpora dětí onkologicky nemocných a jejich rodičů. Jeho principy a organizaci jsem popsala ve své diplomové práci pod vedením prof. PhDr. Marie Vítkové, CSc. a zmiňovala jsem se o něm rovněž v článku s názvem O jedné možnosti psychické podpory dlouhodobě nemocného dítěte vydaném v roce 2006 v periodiku Speciální pedagogika.

Smyslem zmíněného projektu bylo pomoci ulehčit náročnost hospitalizace a navodit psychickou pohodu u těžce nemocných dětí. Položila jsem si však otázku, do jaké míry je hospitalizace zátěžová pro děti, jejichž důvod hospitalizace není tak vážný, avšak po nějakou dobu – buď krátkodobě, tedy v délce maximálně jeden týden, či déle, tj. 14 dní a více musí strávit v nemocnici, v odloučení od rodiny, vytržení z tzv. normálního života. Zvládají situaci hospitalizace bez problémů, nebo je pro ně rovněž stresující a případně se podílí, byť krátkodobě, na některých změnách jejich osobnosti a subjektivním prožívání? Pokud tomu tak je, jak se na zlepšení jejich osobnostních charakteristik a subjektivní pohody podílí v průběhu hospitalizace zdravotnický personál a pracovníci dalších pomáhajících profesí? Jak jejich činnost vnímají samy děti a do jaké míry tyto pracovníky vnímají jako sociální oporu? Liší se nějak toto vnímání dle věku dětí?

Domníváme se, že odpovědi na ně jsou klíčové v rozhodování, zda pedagogickou podporu hospitalizovaných dětí “nevážně” nemocných a hospitalizovaných relativně krátkodobě, tj. buď do 1 týdne, nebo 14 dní – maximálně 1 měsíc, prostřednictvím škol při nemocnicích má smysl zachovat nebo zda tuto podporu zajistí rodiče dětí a neformální sociální opora z řad spolupacientů a vstřícnosti zdravotnického personálu.

Z tohoto důvodu jsme si za **cíl disertační práce** vytkly zkoumat závislost mezi věkem a délkou hospitalizace dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich subjektivní pohodou a v rámci dílčího cíle zjistit vnímání hospitalizace u dětí hospitalizovaných v konkrétní nemocnici (ve FDN Hradec Králové) a jejich vnímání sociální opory během ní ve vztahu ke zkušenostem dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové s pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří jsou kmenovými pracovníky FDN Hradec Králové.

Pro dosažení těchto cílů budou použity následující metody práce: analýza odborné literatury, standardizovaný dotazník pro zjišťování subjektivní pohody hospitalizovaných dětí - **Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP** (Grob et al., 1995), polostandardizovaný dotazník zjišťující sociální oporu prostřednictvím Testu sociální opory kol. autorů (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ a PEČENKOVÁ, In: MAREŠ. et al., 2001, s. 192) a osobnostní anketa, jejíž základ tvořil strukturovaný rozhovor obsahující 16 polouzavřených otázek zjišťujících zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialista, psychologové a dal.).

V souladu s deklarovaným cílem je koncipována teoretická i praktická část práce.

Teoretická část práce (TČ) obsahuje 7 kapitol. První kapitola je uvozující a zabývá se sociální oporou hospitalizovaných dětí. Kapitoly 2 – 5 se zabývají problematikou jednotlivých možných zdrojů této opory, a sice kapitola 2 se věnuje rodičům hospitalizovaných dětí, kapitola 3 významu školy při nemocnici a kapitola 4 obsahuje charakteristiku profese herního specialisty v ČR a kapitola 5 v zemi jejího vzniku – ve Velké Británii. Kapitola 6 se soustředí na problematiku volného času hospitalizovaných dětí a poslední kapitola TČ práce vymezuje psychologické aspekty nemocného dítěte.

V praktické části práce bude proveden vlastní výzkum – nejprve budou analyzovány výsledky Dotazníku subjektivní pohody, na ně navazuje analýza odpovědí dětí na test sociální opory a poslední část výzkumu uzavírá analýza odpovědí dětí na osobnostní anketu.

Ověřené možnosti výzkumu naznačujeme v závěrech pro speciálně pedagogickou teorii a praxi.

1 Teoretická východiska zkoumaného problému

1.1 Nemocné dítě a potřeba sociální opory během léčby i případné hospitalizace

Zhruba do devadesátých let minulého století se většinou lékaři a i ostatní zdravotnický personál domnívali, že pro hospitalizované dítě (i velmi malé) je nejvhodnější, bude-li pouze v péči profesionálů. Každodenní návštěvy rodičů a příbuzných by mohly komplikovat jeho optimální léčbu neustálým emocionálním rozrušováním dítěte a navíc ohrožovat jeho stav zavlečením infekce. Proto bývalo zvykem, že se dítě rodičům odebralo s tím, že si na nemocnici zvykne. Nemocné dítě trávilo většinu času na lůžku, nemělo se příliš rozptylovat ani hrou ani jinými činnostmi. Pozornost se věnovala hlavně léčení nemoci, méně už dítěti samotnému, i když při tom (některé dítě více, jiné méně) psychicky strádalo (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

Člověk se však neskládá ze dvou samostatných, svébytných jednotek, těla a duše, jak se dříve věřovalo, ale je jedinou celistvou osobností, na niž můžeme sice pohlížet z různých stran a již můžeme studovat v nejrozličnějších funkcích a projevech, ale která ve skutečnosti vždy funguje jako jeden celek. Porucha nebo větší zatížení v jedné části této složité soustavy se musí nutně projevit ve funkci celku. Nemoc nebo poranění tedy nepostihuje jenom jednotlivé orgány v lidském těle, ale celou osobnost člověka. A tak jako je člověk nemocný celý, musí se i léčení týkat celé jeho osobnosti a nikoli jen postiženého orgánu (MATĚJČEK, 2001).

Nemoc tedy znamená pro dítě zátěžovou situaci, s níž se musí vypořádat, a to tím spíše, pokud je natolik ohrožující, že není možná ani domácí, ani ambulantní léčba. Hospitalizace dítěte je přes své zjevné klady a přednosti (odborná péče, neustálý lékařský dohled, v případě potřeby možnost bezprostředního zákroku atd.) výrazným zásahem do života jedince. Dítě je separováno od svého domácího prostředí, podrobováno často bolestivým zákrokům, a přitom obklopeno cizími lidmi v neznámém prostředí, s odlišným, pevně stanoveným denním režimem. S tím spojený strach, úzkost a stres jsou další faktory, které působí na nemocné dítě jako zátěž a znesnadňují mu adaptaci na tuto situaci (MICHALČÁKOVÁ, KVĚTOŇ, 2001).

Nemocnice je značně odlišným zařízením od těch, která pacient zná ze svého běžného života. Má také zcela specifické úkoly. Jedním z nich je pacienta podrobně vyšetřit a stanovit jeho diagnózu. Dalším je léčení a pokud možno vyléčení nebo alespoň podstatné zlepšení jeho zdravotního stavu. Dalším úkolem nemocnice je tzv. zdravotnická péče. Máme na mysli péči o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aby se aktivně zapojil do uzdravovacího procesu (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Člověk, ať už je zdravý nebo nemocný, dítě či dospělý, je-li během svého života vystaven jakékoli zátěži, aby se s ní vyrovnal, používá v zásadě čtyři cesty:

- dvě, které se navzájem podmiňují – mohou se navzájem prolínat, někdy podněty nevědomé spouštějí podněty vědomé a opačně:
 - reaguje fyziologicky, tzn. „použije“ stresovou reakci, tedy reakci neuvědomělou, spontánní, která má výraznou biologickou složku a je dobře prozkoumána v rámci výzkumu stresu
 - mobilizuje vnitřní zdroje, zvláštnosti své osobnosti, které psychologie studuje pod názvy odolnost, nezdolnost člověka

(U dětí se při nedostatku citlivého přístupu stran zdravotnického personálu a nemožnosti mít v době náročné situace blízkého člověka nablízku, apeluje právě na tyto vlastnosti – musíš to zvládnout, jsi už velký kluk / velká holka atd. U některých dětí to může mít pozitivní efekt, jiné to může srazit na kolena. Také záleží na konkrétním onemocnění, resp. jeho závažnosti. U běžných, život neohrožujících onemocnění či „banálních“ zákroků je ujištění – neboj, se, to nic není, to zvládneš – povzbuzující ujištění, že se opravdu nejedná o nic závažného a že není důvod se příliš obávat.)

- „použije“ podpůrných prostředků – léků, berlí, protéz, vozíčku, ale také drog, alkoholu
- „použije“ zvládající postupy, tedy promyšlené, uvědomované, naučené strategie zvládání zátěže, jsou to strategie, kdy si vystačí sám (řeší problém, vycouvá z problému, snaží se vyhnout nebo uniknout, přemlouvá sám sebe atd.) - tyto se částečně prolínají s předchozími body - anebo vstupuje do hry jeho sociální okolí (jedinec žádá pomoc anebo je mu pomoc nabízena, aniž o ni výslovně požádal) Tento poslední případ se nazývá jako **sociální opora**.

Pro potřeby této práce se přidržíme Marešova pojetí sociální opory, které ji vymezuje jako dobře míněnou činnost, která je ochotně poskytována osobě, s níž je poskytovatel v osobním vztahu a tato činnost má kladný efekt u příjemce (okamžitě nebo s časovým odstupem). Může ji poskytovat i naprosto cizí člověk či anonymní instituce, nebo člověk, profesionál, který to má v náplni práce (MAREŠ, 2001). Tuto zmíněnou dobře míněnou činnost Křivohlavý (2002b) specifikuje jako pomoc poskytovanou člověku, který se nachází v zátěžové (stresové) situaci (KŘIVOHLAVÝ, 2002b), a tou hospitalizace bezesporu je. Skutečnost, že opora, které se jedinci dostává od druhých osob, skupin a širší společnosti, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví, potvrzují i SCHWARZER, LEPPIN, 1991, In: ŠOTOLOVÁ, KEBZA, 1999.

Osobami osobně spjaté s příjemcem opory, tj. s hospitalizovaným dítětem, jsou zpravidla jeho rodiče či jiné blízké osoby (prarodiče, sourozenci, kamarádi), profesionály v tomto kontextu zdravotnický personál a pracovníci z dalších pomáhajících profesí, se kterými hospitalizované dítě přichází do styku v té které nemocnici – herní specialista, učitelky a vychovatelky ve škole při nemocnici a mnozí další.

Nemocné dítě vlivem veškerých zážitků spojených s nemocí, léčbou i případnou hospitalizací, prožívá rozporné pocity, nastupuje nejistota, strach. Není se co divit, že

hospitalizované děti hledají sociální oporu a zajímají se o to, co je čeká, jaké to bude a co mají dělat.

Mareš, Zděnková (2001) zmiňují, že malým dětem zpravidla během hospitalizace bývá oporou jeden z rodičů. Je-li hospitalizován společně s ním, stává se jakýmsi průvodcem nemocničním světem a současně i nezastupitelným pomocníkem zdravotníků. Zná své dítě, dokáže předvídat jeho reakce, dokáže je uklidnit lépe než kdokoli jiný (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001). Pobyt rodiče s dítětem v nemocnici je pozitivním faktorem, a lze souhlasit s Michalčákovou, Květoněm (2001) v tom, že největší přínosem rodičovské sociální opory je v tom, že napomáhá zmírnit nežádoucí vlivy působící na hospitalizované dítě, usnadňuje adaptaci dítěte na cizí prostředí a umožňuje trvale naplňovat jeho potřeby. Svou přítomností matka garantuje uspokojování psychických potřeb dítěte, zmírňuje odliv energie zaměřený na vyrovnávání se s negativními faktory, zároveň napomáhá zaměření a posílení energetického potenciálu dítěte na sanační procesy. Zmínění autoři zmiňují neméně podstatnou skutečnost, že délka pobytu dítěte v nemocnici závisí mj. na přítomnosti matky, popř. jiného člena rodiny. Pobyt dětí v nemocnici hospitalizovaných s matkou byl v průměru kratší než u dětí, jež byly hospitalizovány bez doprovodu rodiče. Relativní nevýhody, jež spolehospitalizace rodiče s dítětem klade na zdravotnický personál po stránce psychické, materiální i časové, jsou tak jednoznačně vyváženy veskrze pozitivními účinky na hospitalizované děti (MICHALČÁKOVÁ, KVĚTOŇ, 2001).

Přes uvedené nezpochybnitelné výhody, které přítomnost rodiče během hospitalizace dítěte dítěti samotnému přináší, jsou typy rodičů, kteří nervozitu dítěte svou přítomností spíše zvyšují. Jejich děti potom stresově nebo únikem reagují již na chování rodičů a někdy ze strachu raději neřeknou celou pravdu, protože se reakcí rodičů obávají. Př. Matka, která "chrání" svoje dítě od křídly, je schopná reagovat hystericky, proto jí dítě svoji bolest nesdělí, a může u něj dojít k přehlédnutí závažných faktů, kterým bylo možno včas předejít.

Nazdory těmto výjimečným situacím rodiče hrají ničím nenahraoditelnou roli při poskytování sociální opory svému dítěti. Kromě nich hlavně větším dětem a dospívajícím mohou být oporou i spolupacienti, některé zdravotní sestry a lékaři (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001). V individuálních případech může rodiče zastoupit jiná, dítěti blízká, dospělá osoba.

Již bylo řečeno, že to, jak dítě reaguje na nemoc, jak ji zvládá a do jaké míry je ohrožen zdravý psychický vývoj, závisí na více faktorech: závažnost a druh onemocnění, věk, v němž onemocnění propuklo, osobnost dítěte a jeho tělesné a duševní vlastnosti a zvláštnosti, rodina a širší okolí, ve kterém dítě žije (MICHALČÁKOVÁ, KVĚTOŇ, 2001). Velkou měrou se na tom podílí jeho temperament. Extrovertně zaměřené děti jsou v době nemoci daleko sdílnější, mazlivější a optimističtější, snaží se nějak popsat příznaky nemoci a spolupracovat na uzdravení. dosavadní způsob jeho výchovného vedení nevyjímaje. Naopak děti se sklonem k introverzi si se svým

trápením raději zalezou pod stůl nebo do postele, jsou málo sdílné ke zdravotnímu personálu, příliš nezabírá ani povídání či vysvětlování pomocí loutky. Naopak děti flegmatické se s nástrahami nemoci vyrovnávají daleko lépe. Pro rodiče je nejobtížnější podpořit melancholické dítě, které hned propadá smutku a beznaději. Takové dítě potřebuje nejvíce ukázat, že je milováno a přijímáno. Je důležité být mu nablízku, číst pohádky, vyprávět si, plánovat, kreslit, dovolit mu dělat věci, které jako zdravé nemůže. V době nemoci je pro takové dítě nejdůležitější maminčina náruč a pohlázení. Děti, které se hned pro všechno rozčílí, rozpálí, jsou v době nemoci ještě více vznětlivější a hádavější. Pozitivní je u nich i stejná rychlost nadchnout se pro uzdravení (JAVŮRKOVÁ, 2001).

Když jde dítě do nemocnice, potřebuje rodičovskou oporu. Octne-li se dítě samo v nemocnici, zažívá často velké trápení. To, co nám dospělým někdy připadá jako maličkost, může pro děti představovat ohromnou bolest, ránu na duši, která se zdaleka nezhojí okamžikem, kdy se z nemocnice zase vrátí domů (MLČOCH, 2008). Je tedy zcela zřejmé, že nejdůležitější oporou jsou mu jeho nejbližší, tedy rodiče. Jejich roli během léčebného procesu, tomu, jakým způsobem mohou být svému potomku nablízku během nutnosti hospitalizace, jaká jsou dilemata při rozhodování mezi spuluhospitalizací, více či méně pravidelnými a častými návštěvami, případně jinými formami kontaktu a dal. s jejich nemocným dítětem bude věnována následující kapitola. Kromě nich a zdravotnického personálu, který se stará o jejich brzké uzdravení, v českých nemocnicích, na dětských klinikách a odděleních, zejména v krajských městech rovněž fungují školy při nemocnicích, kdy pedagogický personál rovněž sehrává významnou úlohu při sociální opoře hospitalizovaných dětí.

Na několika dětských odděleních, hlavně ve větších městech, se objevuje i poměrně nová specializace – herní specialista. Někde nezdravotnická profese, jinde nadstavba původního zdravotnického vzdělání a dosavadní praxe. Jeho úkolem je mj. rovněž býti průvodcem dítěte, případně jeho rodiče během hospitalizace (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

1. 1. 1 Shrnutí

Kapitola 1.1 nazvaná jako Nemocné dítě a potřeba sociální opory během léčby i případné hospitalizace je počátečním uvedením do dalších kapitol práce. Vzhledem ke skutečnosti, že nemoc dítěte postihuje celou jeho osobnost, jak tělo, tak psychiku i sociální oblast, stává se nejen nemoc samotná, ale zvláště hospitalizace pro dítě náročnou životní situací a v rámci ní je nutné nejen dítě „technicky odborně“ léčit, ale poskytnout mu psychickou a sociální oporu.

V úvodu této kapitoly bylo uvedeno, že ono „technicky zaměřené odborné léčení“ s vyloučením rodičů bylo podmíněno obecně přijímaným názorem, že „pro hospitalizované dítě (i velmi malé) je nejvhodnější, bude-li pouze v péči profesionálů. Každodenní návštěvy rodičů a příbuzných by mohly komplikovat jeho optimální léčbu neustálým emocionálním rozrušováním

dítěte a navíc ohrožovat jeho stav zavlečením infekce. Proto bývalo zvykem, že se dítě rodičům odebralo s tím, že si na nemocnici zvykne. Nemocné dítě trávilo většinu času na lůžku, nemělo se příliš rozptylovat ani hrou ani jinými činnostmi. Pozornost se věnovala hlavně léčení nemoci, méně už dítěti samotnému, i když při tom (některé dítě více, jiné méně) psychicky strádalo (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001). Na řadě oddělení tomu tak opravdu bylo, nicméně na některých odděleních byl zdravotnický personál vstřícnější než na jiných – v oblasti komunikace s rodiči, intuitivní podpory dítěte hrou, rozhovory, laskavým přístupem atd.

V současnosti je důležitost psychické a sociální opory pro nemocné dítě vnímána zpravidla jako samozřejmost. Hlavními poskytovateli této opory bývají nejbližší osoby dítěte, tj. rodiče či jeden z nich. Kromě nich ji mohou poskytovat i další osoby, se kterými během nutnosti pobytu v nemocničním zařízení dítě přichází do styku. Jsou jimi jak zdravotní personál, který ji poskytuje neintencionálně, ale zejména pracovníci z řad dalších pomáhajících profesí, jako učitelky a vychovatelky ve školách při nemocnicích, herní specialista a dal. Lidem pracujícím ve zmíněných profesích, tj. pedagogům ve školách při nemocnicích, herním specialistům a roli rodičů během hospitalizace jejich dítěte budou věnovány následující kapitoly této práce.

1. 2 Rodiče nemocného dítěte a jejich role během léčebného procesu nemocného dítěte

Rodiče nemocného dítěte, které je nutno léčit po nějakou dobu formou hospitalizace, ať už je tato akutní či plánovaná, nepřestávají být jeho **zákonnými zástupci**. Mělo by tedy být výhradně v jejich kompetenci, a na jejich uvážení (byť si mohou nechat poradit), jaký způsob podpory svého dítěte zvolí, zda společnou hospitalizaci se svým dítětem, či návštěvy více či méně časté či jinou formu kontaktu s dítětem – dopisy, faxy, e-mailová pošta, telefon – v dnešní době hlavně mobilní atp. Mobilní telefon dnešní děti a mládež často spíše zneužívají, ale v situaci hospitalizace je jim neocenitelným zprostředkovatelem světa venku a prostředkem, který jim umožňuje, když ne osobní, tak alespoň virtuální možnost být se svými blízkými, kdykoli je to možné.

Samozřejmostí by mělo být, aby rodiče byli pravdivě informováni o zdravotním stavu svého dítěte, o způsobu léčby a chystaných zákrocích, aby mohli vhodně a účelně následně zprostředkovat tyto informace svému dítěti a pomoci mu pochopit podstatu jeho onemocnění pomohli mu náročné období nemoci a hospitalizace přestát bez větší úhony. V jistém slova smyslu lze požadavek práva na objektivní a kvalifikované informace připodobnit k principu zplnomocnění, vymezeném s řadou dalších ve Standardech rané péče. Na základě své klinické praxe Řezníčková (2000) soudí, že rodiče v nemocnici nejvíce potřebují opakované informace o zdravotním stavu dítěte a pocit, že jsou pro personál partnery, jsou jím plně akceptováni a aktivně se spolupodílejí na léčbě a ošetřování dítěte (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000). Otázka tzv. informační sociální opory s sebou nese mj. to, do jaké míry je rodičům poskytována příslušná informace, která jim může být nápomocná při orientaci v dané situaci (KŘIVOHLAVÝ, 2002b).

Co se podávání informací rodičům týče, jako velmi užitečné se osvědčuje psaná forma. Rodiče potřebují klid a čas na přečtení sdělených informací stejně jako možnost říci, čemu ne zcela porozuměli, co chtějí dovysvětlit a čemu se chtějí dále věnovat (NĚMEC, 2002).

Příkladem nemocnice, kde v tomto ohledu lékaři vycházejí rodičům maximálně vstříc, je Pardubická krajská nemocnice. Rodiče mají k dispozici jednak informační materiály, ale také anonymní dotazníky zaměřené na spokojenost rodičů s průběhem léčby jejich dítěte a přístupem zdravotníků. Vyplněním dotazníků rodiče dávají dětským oddělením důležitou zpětnou vazbu a podněty pro personál při hledání cest ke zlepšení péče o děti (DUŠKOVÁ, 2005).

V případě, že se jeden z rodičů, zpravidla matka, rozhodne pro společný pobyt s nemocným dítětem v nemocnici, nabízí se několik možností, přičemž konkrétní praxe může mít různé podoby, liší se nejenom mezi nemocnicemi, ale i na různých odděleních téže nemocnice. V podstatě existují tři základní možnosti, případně jejich kombinace:

- lůžko pro doprovod je přímo na pokoji vedle lůžka pro dítě
- na oddělení je společný prostor pro matky, na takovýchto odděleních je pobyt otce v takových případech výrazně ztížen nebo přímo znemožněn, je otázkou, zda by zde v případě zájmu nepomohla zástěna či paravan
- doprovod dítěte smí být na oddělení pouze přes den, na noc chodí spát mimo oddělení – na ubytovnu, na jiné oddělení, domů
- příkladem kombinace výše uvedených možností je podpora kojících matek, ty bývají umísťovány přednostně na pokoji s dítětem, ostatní rodiče chodí spát na ubytovnu

[Děti v nemocnici. [online] Dostupné z ww: www.rodina.cz/clanek2401.htm.]

Jak uvádí Chvátalová (1999), důvod je nasnadě – kojenci, batolata a malí předškoláci ještě nemají přesný pojem o čase a nechápou, co to znamená, když se jim řekne, že maminka zase ráno přijde nebo přijde zítra (CHVÁTALOVÁ, 1999). Konkretizace časového údaje – "maminka přijde, až se vyspinkáš" zpřesňuje představu, jak dlouho bude dítě samo, ale i zde hrozí, že ujištění nebude pravdivé. Dítě se v noci vzbudí, nebo se vzbudí dříve, než budou rodič a zdravotníci předpokládat, maminka nebude nablízku a dítě krom zvýšené úzkostlivosti a stresu bude zklamané z nedodržení slibu a otřese se tak jeho důvěra v blízké. Nelze tedy než souhlasit s Chvátalovou (1999), že pro maminky či jiné blízké osoby takto malých dětí je žádoucí zajistit alespoň židli či provizorní přistýlku (CHVÁTALOVÁ, 1999).

Do roku 1990 většina dětí v českých nemocnicích viděla své rodiče dvakrát týdně dvě hodiny. Na konci devadesátých let většina dětských oddělení povolovala rodičům návštěvy denně v odpoledních hodinách. Pečovat o své nemocné dítě se umožňovalo rodičům, kteří byli hospitalizováni dohromady se svým dítětem, jejich počet však byl omezen nedostatkem ubytovacích možností pro rodiče.

V českém zdravotnictví od té doby došlo k mnoha změnám k lepšímu, rodiče nejsou v řadě našich nemocnic považováni za **návštěvu**, nýbrž za neoddelitelnou součást světa svého dítěte (z pohledu dítěte jsou mnohem důležitější než například lékař). Za někoho, kdo se podílí na péči o dítě a spolurozhoduje o průběhu léčby (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001). To, že rodiče na řadě oddělení přestali být jen trpěnou návštěvou, ale jsou chápáni jako cenný doprovod, potvrzuje i DUŠKOVÁ, 2005. Velikou zásluhu na změny přístupu k rodičům měl i projekt DAR (Děti a rodiče v nemocnici). Účelem zmíněného projektu bylo přizpůsobit prostředí dětských oddělení prostředí domova a vytvořit podmínky, které by umožnily rodičům začlenit se do celodenní péče o své děti v nemocnici. Tento přístup, nazývaný jako Family Centered Care, byl během posledních dvaceti let přijat a postupně realizován v řadě evropských zemí.

Projekt se začal prakticky uskutečňovat v roce 1993 za podpory Charity Know How v Londýně (organizace působící pod hlavičkou britské asociace Allavida poskytující granty podporující

spolupráci mezi britskými nevládními organizacemi a NGO střední a východní Evropy) a Action for Sick Children, tamtéž (dobrovolná organizace rodičů, dětských sester, psychologů a lékařů, založená v r. 1961). Jednoroční akce ve východočeském regionu získala podporu řady dětských lékařů a sester. Zkušenosti z této akce ukázaly, že je zapotřebí vzdělávat rodiče a děti, zdravotníky a veřejnost o potřebách hospitalizovaného dítěte a ukázat jim jak nový přístup k péči o dítě tyto potřeby naplňuje. Pokračování projektu v letech 1996 – 1998 si za cíl ustanovilo zajistit a rozšířit myšlenky Family Centered Care na všechna dětská oddělení v republice. Celonárodní projekt se realizoval díky spolupráci dětské kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové a Státního zdravotního ústavu v Praze a nemocnicemi, které se k projektu připojily. Součástí projektu se stala rovněž výchova rodičů, zdravotníků a veřejnosti, formou vydávání publikací pro děti, informačních letáků pro rodiče, studijních materiálů, rozhlasových a televizních pořadů, seminářů i studijních návštěv na pracovištích, které mají zkušenosti s Family Centered Care. Celkový přínos projektu DAR lze spatřit v udržení styku dítěte s rodinou po dobu hospitalizace a vytvoření vhodného nemocničního prostředí, které napomáhá naplňovat potřeby hospitalizovaného dítěte a zmenšovat následky nemoci a hospitalizace (kol. autorů, 1997 /editor neuveden – interní materiály projektu DAR/).

Zhruba do šesti let věku je pro dítě dobré, má-li u sebe maminku. Je ještě nezralé a na rodiče úzce vázané (TLÁSKAL, In: BEZDĚKOVÁ: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html Přerušeni intimních citových vztahů dítěte s jeho sociálním prostředím totiž může vést k dočasnému neuspokojení potřeb i v oblasti citové a emoční (MICHALČÁKOVÁ, KVĚTOŇ, 2001). Největší nebezpečí pro hospitalizované děti spočívá v náhlé separaci zejména dítěte raného věku (0 – 3 roky) v tom, že v tomto období ještě nelze dítě na hospitalizaci připravit. U separovaných dětí může docházet k rozvoji anaklitické deprese, tj. separačního syndromu, vznikajícího u malých dětí v důsledku jejich oddělení od matky, projevující se po kratším období protestu následným upadnutím do apatie a ztrátou zájmu o okolí. Přetrvávající separace s narušením vztahu mezi matkou a dítětem může dále vést k prodloužení separační úzkosti u dítěte až do mladších školních let a tak ovlivnit optimální vývoj v tomto věku (MATĚJČEK, 2001).

Ve vyšším věku – tj. zhruba od staršího školního věku - už je to individuální. Když dítě přijde s nějakou běžnou nemocí, přítomnost matky nebývá nutná, ovšem i zde záleží na míře závislosti dítěte na matce. Pokud se však u dítěte jedná o závažnou chronickou chorobu, je blízká přítomnost matky velkou oporou a významně pomáhá při léčbě.

To, že by rodiči mělo být umožněno být se svým dítětem po dobu hospitalizace, deklaruje Zákon o rodině – je povinností rodiče pečovat o děti a toto mu musí být umožněno i v době nemoci dítěte. Financování společného pobytu matek dětí do 6 let věku upravuje Zákon o

veřejném zdravotním pojištění - tento pobyt rodiče s dítětem do šesti let plně hradí zdravotní pojišťovna. Matky starších dětí mají právo na bezplatný pobyt v nemocnici pouze se souhlasem revizního lékaře, v opačném případě si ubytování musejí platit samy. Cena za přistýlku se pohybuje v rozmezí 95 až 145 Kč na den, to se ovšem liší oddělení od oddělení. Leckde si matka musí připlatit drahý nadstandardní pokoj, jinde bydlí v přilehlé ubytovně nebo na jiném oddělení a za dítětem pouze dochází (BEZDĚKOVÁ, dostupné z http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html).

Samozřejmě je nutné brát na zřetel onemocnění dítěte. U menších výkonů, jako je např. odběr krve, převaz operační rány či různá vyšetření, je přítomnost rodičů vítána. Na operační sál se naopak rodiče nepouští, ale mají možnost dítě doprovodit až do předsálí a po skončení operace na něj před sálem zase počkat a jít s ním zpět na oddělení. Důvody pro to, aby rodiče na operačním sále nebyli, jsou v zásadě dva: zejména ve větších nemocnicích v krajských městech operace mohou trvat mnoho hodin a jsou velmi náročné pro dítě i zdravotníky. Druhý důvod vyloučení rodičů z přímé účasti na operaci je ten, že jen těžko si lze představit rodiče, který by snesl pohled na např. operaci srdce (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

Klinická praxe toto nezřídka dodržuje, ale přesto, jak potvrzuje Královec, Královcová (2001), v některých našich nemocnicích mohou stále rodiče slýchat z úst zdravotníků onu téměř již klasickou větu: "Jed'te domů, on (ona) teď potřebuje nás, a ne vás." Tento názor ovšem pramení z hlubokého nepochopení dětských potřeb nebo z naprosté necitlivosti vůči nim. Ne výjimečná, avšak z lidského hlediska neobhájitelná je praxe, kdy je rodičům přístup k dítěti odpírán, kdy na oddělení smějí vstoupit jen ve vyhrazený čas, nebo kdy dokonce jen ve vyhrazený čas smějí na oddělení zatelefonovat, aby se, například den po operaci, dozvěděli, že jejich dítě "počítá prsty a rozlišuje barvy", a že pan doktor k telefonu nemůže, neboť se právě stará o jiné děti, které potřebují jeho péči, což volající "jistě pochopí" (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001). Ano, v určitých případech tomu tak opravdu je, ale vše je na vstřícné komunikaci z obou stran. Rodiče by měli pochopit zdravotníky, že přestože byli domluveni, že v určitou dobu zavolají, že lékař nejsou zcela páni svého času, obrnit se trpělivostí a zkusit si domluvit jiný čas, kdy ošetřující lékař bude na příjmu, nebo zavolat víckrát, až budou mít štěstí. Zdravotníci by zase měli chápat, že pro rodiče, který nemůže být osobně se svým dítětem, je toto náročná situace a telefonický hovor s ošetřujícím personálem o aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení svého potomka je pro něj nesmírně důležitý. Měli by tedy být profesionály, tzn. pokud to situace na oddělení dovolí, splnit slib a v dohodnutou dobu tzv. "být na příjmu", či si ten, kdo s rodiči komunikuje – jiný lékař, sestra – v klidu, bez negativních emocí, domluvit jiný čas, kdy volající může zavolat a kdy se mu žádaný odborník bude moci věnovat.

1. 2. 1 Poskytování psychické a sociální opory herním specialistou a zdravotnickým personálem rodičům hospitalizovaných dětí

Jsou-li rodiče na oddělení vítáni, psychickou a sociální oporu jim poskytuje zdravotnický personál samotný svým citlivým, chápavým a taktním přístupem, nebo, pokud je má nemocnice k dispozici, se na podpoře rodičů podílejí další pracovníci za řad pomáhajících profesí – učitelky a vychovatelky ve škole při nemocnici, sociální pracovníce nebo herní specialista, který má „péči“ o rodiče přímo v náplni své práce. Svoji podporu poskytuje rodičům nemocných dětí ve věku od narození až do rané dospělosti.

V novorozeneckém, kojeneckém a mladším batolecím období jde především o péči přes matku, resp. jejím prostřednictvím. Dítě přesně kopíruje emoční nastavení matky, její vnímání a prožívání situace, její úzkosti a strachy. Matka nepoučená, nedůvěřivá, emočně labilní nemůže být dítěti adekvátní sociální oporou. Zvláště zde se potvrzuje, že nestačí jen otevřít nemocnice rodičům – laikům a ponechat je bez vedení a pomoci, ale naopak je nutné pečovat i o ně. Platí pravidlo „čím více rodičů, tím více personálu“. Zvláště na extrémně psychicky náročných odděleních potřebují rodiče zázemí a průvodce, který by jim byl po celou dobu hospitalizace nablízku, pomohl jim orientovat se v neznámém prostředí, dodávat jim odvahu a sebevědomí (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Pohled hospitalizovaného rodiče jako doprovodu dítěte na reálnou situaci bývá většinou zkreslený. Rodič prožívá pochopitelný strach o své dítě, proto mnohdy na lékařskou a ošetrovatelskou péči reaguje přehnaně, nekriticky. Herní specialista či jiný pracovník - učitelky a vychovatelky ve škole při nemocnici, sociální pracovníce a dal., který si dokázal již při příjmu získat důvěru, předchází konfliktům trpělivým vysvětlováním reálné situace, zprostředkovává lékařské informace, jak už bylo řečeno, tvoří pomyslný most mezi lékařem a rodičem. Vysvětluje neznámé odborné termíny. Tato jeho odpovědnost je podmíněna účastí na lékařských vizitách, kde sleduje reakce na informace od lékařů a sester.

Při styku s rodiči dodržuje herní specialista tyto zásady: naslouchání - nechá mamince prostor pro sdílení svých obav a úzkostí, respektuje soukromí, hovoří o tom, co matka prožívá př. „*je mi jasné, že Vás to trápí*“, popisuje chování – „*asi tady došlo k nedorozumění, lékaři chtěli říci, že...*“, reaguje činem – zavolá lékaře – vyjádří podporu – „*Budete-li cokoli potřebovat, ..*“ (MATOUŠKOVÁ, dostupné z http://specskolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html)

Zkušený herní pracovník by měl umět posoudit rozdílné potřeby jednotlivých dětí, vzbudit u nich opět zájem o hru a také zapojit do nemocničních her rodiče. Ti znají své dítě ve zdraví. Nemocné dítě se ale mnohdy chová a reaguje jinak, nespolupracuje, je negativistické a „zlobí“. Rodiče se snaží dítě udržet v klidu, nutí je odpočívat a bojí se jakékoliv jeho aktivity, jim především je nutné vysvětlit význam hry pro malého pacienta v jeho těžkém období a co nejvíce je v péči o jejich nemocné dítě podpořit (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Pro vysvětlování je nejlepší použít názorný příklad – zapojit dítě aktivně do hry, která by pro něj v období nemoci byla vhodná. Je samozřejmě zapotřebí najít takovou herní aktivitu (na základě pozorování dítěte, rozhovoru s dítětem samotným o jeho dřívějších zájmech, temperamentu atd.), kterou dítě vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu může vykonávat, ať už spojenou s pohybem či aktivitu, kterou může malý pacient realizovat v klidu u stolku či na lůžku. Z pohybových her se jako velice vhodné jeví využití psychomotorických her, z "klidových" aktivit jsou vděčné, nemocnými dětmi i jejich rodiči pozitivně přijímané aktivity výtvarné. Na takové činnosti, která dítě zaujme a odpoutá od negativních pocitů, rodiče názorně zjistí nejen náměty, jak dítě zabavit po dobu, kdy nemůže fungovat dle běžného režimu, ale zároveň jsou svědky toho, že se vhodnou herní aktivitou účinně tlumí negativní emoce, zlobení a negativismus.

Pokud herní specialista na nemocničním oddělení působí, je jeho nedílnou součástí práce kromě péče o nemocné děti i podpora rodičů. Pokud oddělení herního specialistu k dispozici nemá, péče o rodiče systémově řešena není, vše musí zastat zdravotní sestry (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008). Systémovým řešením je zde myšleno to, že buď ze zdravotnického personálu, nebo z řad pracovníků z jiných pomáhajících profesí (zpravidla z řad speciálních pedagogů, ale v individuálních případech i psychologů či sociálních pracovníků) je vyčleněn člověk, který má přímo v náplni práce podporu rodičů nemocných dětí, a ne že tato podpora je pouze samozřejmým přívazkem jeho běžných pracovních povinností.

Tímto není myšleno, že doktor se s rodiči nebaví. Lékař má povinnost informovat rodiče nebo zákonné zástupce o zdravotním stavu dítěte (svěřence). Mnohdy tomu tak však není – přetrvávají zvyky z dřívějška, zejména u starší generace lékařů. Často sice lékař sdělí fakta, která však rodičům nejsou pochopitelná a proto je zapotřebí s nimi dále hovořit a to se často neděje. Závažné informace sdělují zdravotníci velmi nešetrně a mnohdy to neadekvátně zasahuje příliš právě rodiče, kteří mají být pilířem léčby nemocného dítěte (pokud se sami zhroutí a potřebují sami pomoc, nemohou pokračovat v léčebném procesu dítěte a to je na ně nejvíce upjaté.

Př. Rodiče po sdělení diagnózy leukémie dítěte propadli totálnímu chaosu a než se vzpamatovali, uběhlo dost času a dívku to velmi poznamenalo na osobnosti. Bylo tudíž nutno nejdříve pracovat s rodiči a potom teprve zahájit psychologickou intervenci u dítěte a zde se potvrdilo, že dívka o bolesti před matkou nehovořila ze strachu z její následné hysterické reakce, bohužel nezviněné maminkou samotnou, ale právě necitlivým přístupem lékařů.

Skutečnost, že rodič často potřebuje mnohem více péče a času než samotné dítě, potvrzuje i Řezníčková, In: Nedorostová (2008). Zdravotních sester je velký nedostatek a ty, které zůstávají, jsou unavené a přetížené. Péče o rodinu jako celek, má –li být realizovaná kvalitně a profesionálně, je časově náročná a vyžaduje zkušenosti a patřičné kompetence. Napomoci faktické realizaci této profesionální péče může mj. herní specialista, o vznik této profese se právě z výše uvedených

důvodů kromě Společnosti pro herní práci a Nadačního fondu Klíček zasazuje např. i Česká pediatrická společnost ČLS JEP (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

Ať už dětská oddělení herního specialistu k dispozici mají či nikoliv, a zde musíme souhlasit s Královcem, Královcovou (2001), že při styku s nemocnými dětmi a jejich rodiči by se mělo odrazit to, co je pro zdravotnictví klíčovým tématem k mnoha diskuzím: opravdová úcta a vztah jako základ služby zdravotníka pacientovi. Je to něco, co je zapotřebí cítit a prožívat – a je velkou chybou a neštěstím, když se vztah k pacientovi a jeho blízkým nahradí naučenými technikami komunikace (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001). Tímto není myšleno, že by se od zdravotníků očekávalo, že budou "žít" bolestmi" svých pacientů. Jistěže si musí držet jistý odstup a udržet si profesionální přístup. Nicméně je neustále zapotřebí znovu apelovat na lidskost. Na neotupění vůči bolesti, na slušnost a schopnost empatie, kterou si rozhodně musí zdravotníci zachovat, aby léčili nejen tělo, ale celou osobnost nemocného dítěte v duchu bio-psycho-sociálního modelu jednoty člověka, resp. jeho zdraví.

1. 2. 2 Rodiče hospitalizovaných dětí a pedagogové ve škole při nemocnici

V minulosti, tj. v době, kdy nebyvala zvykem společná hospitalizace jednoho z rodičů s dítětem a návštěvy byly maximálně omezeny, paní učitelky ve školách při nemocnicích děti nejen vzdělávaly, ale také do značné míry rodiče nahrazovaly. Byly fakticky jedinými civilními osobami, které přinášely dítěti hru, zábavu a rozptýlení a "neubližovaly" mu odběry krve nebo jinými bolestivými postupy (DUŠKOVÁ, 2005).

Toto do jisté míry přetrvává u dětí, u kterých z nějakého důvodu rodiče či jeden z rodičů nemůže zůstat společně s ním po dobu jeho hospitalizace. Nicméně, jak poznamenává Čobejová, (1990-91), ani nejdokonalejší technika a pedagogické mistrovství dítěti rodiče úplně nenahradí. Proto je nanejvýš apelovat zejména u předškolních dětí a dětí raného věku, aby se na dětských odděleních vytvořily takové podmínky, aby s dětmi mohly být spolehospitalizováni i někdo z rodiny, hlavně maminka. Je nezpochybnitelné, že přítomnost rodiče má mimořádný vliv na duševní svěžest a aktivitu dítěte a pozitivní vliv na léčebné výsledky (ČOBEJOVÁ, 1990-91).

U dětí, kterým mohou být rodiče nablízku, ať už tím, že jsou spolehospitalizováni nebo pravidelně dítě navštěvují, se úloha učitele ne snad úplně změnila, ale spíše posunula, jak konstatuje DUŠKOVÁ, 2005, směrem k možnosti zaměřit se více na výuku samotnou a aktivity s ní související.

Dle Ondráčkové, In: Dušková (2005) učitelé rovněž napomáhají při hledání příčin zdravotních obtíží dětí. K hospitalizaci jsou totiž také přijímány děti s psychosomatickým obtížem typu bolesti břicha, bolesti hlavy, jejichž příčinou mohou být významné školní problémy

(ONDRÁČKOVÁ, In. DUŠKOVÁ, 2005).

S tím, že je v současné době běžné, že spolu s nemocným dítětem je hospitalizován i jeden z rodičů, zpravidla matka, před pedagogy ve školách při nemocnicích vyvstávají i další nové úkoly a formy práce (KASTELOVÁ, 1991 – 1992). To, že se novou oblastí pedagogického působení stala širší spolupráce s rodiči, kteří jsou po celou dobu s dítětem v nemocnici, potvrzuje i Vodová (1997). Rodiče se zapojují do výchovné práce a seznamují se s činnostmi, které pak mohou doma se svým dítětem provádět s ohledem na onemocnění. Matky školních dětí se mohou účastnit vyučování a pomáhat tak ve školní práci v případech, kdy je to možné a potřebné. Spolupráce s rodiči má své zvláštnosti, které vyplývají ze situace, v níž se nemocné dítě a jeho rodiče ocitají, a je jen na pedagogovi, jak spolupráci zhodnotí a využije (VODOVÁ, 1997).

Zvláště u dětí předškolního věku, jejichž rodičům hradí zdravotní pojišťovny pobyt s dítětem, se mění role učitelek mateřských škol při nemocnicích. Jak uvádí Kastelová (1991 – 1992), stávají se učitelky spíše poradkyněmi v otázkách výchovných. Pomáhají řešit problémy výchovného rázu, ale také radí v otázkách náplně volného času, jak podporovat rozvíjení dítěte a jeho kultivaci (KASTELOVÁ, 1991 – 1992).

Zde je však zapotřebí postupovat nanejvýš citlivě a taktně. V případě srdatých pohodových dětí, které vše zvládají s minimální dopomocí, nejsou výchovné rady příliš zapotřebí, postačí zájem, účast se situací, ve které se dítě nachází, povzbuzení a ocenění dítěte, a jak vše bezvadně zvládá. Taková pochvala potěší jak dítě, tak rodiče. U dětí hůře se adaptujících, úzkostných, nadměrně plačtivých, hlučných, negativistických či s problémovým chováním je volba správného přístupu ze strany pedagogů nepoměrně obtížnější. Uvedné chování může být ventilem strachu z neznámého prostředí, z bolesti, nepříjemných zážitků a nejistoty, nebo může být součástí osobnosti dítěte. Zasvěcené rady, byť dobře míněné, mohou způsobit, že se rodič cítí nepochopen, kritizován, uzavře se do sebe a veškeré další partnerské fungování rodič versus pedagog je tak ohroženo či znemožněno. Navíc si takto zklamaný rodič s sebou po ukončení hospitalizace odnáší negativní zkušenost s sebou a tato může způsobit, že s negativními očekáváními od pedagogů či zdravotnického personálu bude přistupovat i k jakékoli případné další hospitalizaci dítěte, čímž mu ji neusnadní. Je zapotřebí nanejvýše apelovat na nekritizující, empatický přístup doplněný snahou o odvedení pozornosti dítěte, zabavení a povzbuzení.

Kastelová (1991– 1992) dále zmiňuje, že pokud mají učitelky ve školách při nemocnicích, zvláště v mateřských, příslušné vzdělání, nezřídka zajišťují i logopedickou péči. Rodiče dětí se nesmírně snaží využít iniciativu pedagogů a bývají vděční za každý nový impuls. Často tak vznikají nové citové vazby, které se pozitivně odrážejí i ve zdravotním stavu dítěte.

Nelze z výše uvedených důvodů popřít, že dítěti samotnému je možnost přítomnosti rodiče bezesporu ku prospěchu, pro pedagoga však přítomnost rodičů či rodiče může přinášet i jisté

problémy. Paní učitelka, která je vystavena už i tak velkému množství komunikativních vazeb – s dětmi, se střídajícími se zdravotníky, kolegyněmi, přibírá v tomto ohledu nový element, jenž ji v mnohém psychicky zatěžuje a zavazuje. Nejen dítě, ale i rodič vnáší do nemocnice spoustu obav, které při styku s učitelkou přenáší i na ni. Najednou je kromě pedagoga i poradce a zpovědník často niterných problémů. Tato skutečnost by se měla stát předmětem diskuze speciálních pedagogů spolu se studiem mechanismů chování a reakcí v zátěžových situacích. Bylo by vhodné zvážit i psychoterapeutický potenciál dramatické výchovy a všech estetických výchovných složek (KASTELOVÁ, 1991 – 1992).

1. 2. 3 Dilemata rodičů při rozhodování mezi spulhospitalizací s nemocným dítětem a návštěvami

Je-li hospitalizace dítěte plánovaná, rodiče uvažují různě v otázce případné spulhospitalizace s jejich potomkem, buď je pro ně neoddiskutovatelné, že své dítě v nemocnici samotné nenechají a že s ním budou po celou dobu hospitalizace, nebo váhají - z důvodu rodinné situace, vzdálenosti aj. – zda s dítětem zůstanou pouze po část jeho pobytu v nemocnici nebo za ním budou moci docházet pouze na návštěvy. Existují pro a proti argumenty při rozhodování, zda s dítětem v nemocnici zůstat či nikoliv. Bezděková, dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html uvádí, že přítomnost jednoho z rodičů je pro hospitalizované dítě to nejdůležitější, přestože z psychologického hlediska nelze jednoznačně říci, jestli je pro dítě nejlepší, má-li rodiče po dobu hospitalizace stále u sebe.

(BEZDĚKOVÁ, dostupné z: [http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html])

Mlčoch (2008) uvádí následující rady, doporučení a odpovědi na nejčastější otázky rodičů, kteří o se dozví o plánované hospitalizaci svého potomka a zvažují, zda s dítětem v nemocnici zůstanou po celou dobu hospitalizace či nikoliv:

- přestože se sestřičky o dítě dovedou postarat a jsou k tomu vyškoleny, zůstávají pro dítě cizími lidmi

Nikdo dítě nezná tolik, jako vlastní rodiče a spolu se zdravotnickým personálem by se měli spolupodílet na tom, aby bylo nemocnému dítěti co nejdřív lépe.

- přestože se dítě v noci doma běžně nebudí, v nemocnici tomu tak být nemusí

Ve známém, domácím prostředí se dítě skutečně budit nemusí, ale v cizím prostředí plném neznámých zvuků se může vzbudit velice snadno a zažívat úzkost a nejistotu, když zjistí, že nemá někoho z rodičů nablízku.

- zdravotníci pobyt s dítětem či návštěvu nedoporučí

Jsou nemocniční oddělení, kde doposud nebývá zvykem, aby na odděleních zůstávali rodiče společně s dítětem. Rodiče však za své dítě stále mají zodpovědnost, i v době, kdy je přijato do nemocnice (viz Zákon o rodině), možnost zůstat s ním po celou dobu hospitalizace by mít měli. Bývá užitečné se tedy informovat, jaká je praxe v konkrétní nemocnici, zjistit si o daném oddělení reference od jiných rodičů, kteří s ní mají osobní zkušenost, případně se podívat na www.detivnemocnici.cz na průzkum dětských oddělení, kde informace o možnostech společné hospitalizace, ubytování v areálu nemocnice, materiální zázemí aj. naleznou. V případě potřeby si potom mohou vybrat takové dětské oddělení, které jim co se týče poskytovaných služeb bude lépe vyhovovat. Pokud se rodiče dozví, že za dítětem nemohou a je už příliš pozdě na to, aby změnili nemocnici, je dobré trvat pokojně, ale pevně a odhodlaně na tom, že s dítětem chtějí zůstat (MLČOCH, 2008).

1. 2. 4 Rodič jako návštěva při nemožnosti spulhospitalizace

Stane se, že z jakéhokoli důvodu jeden z rodičů nemůže být hospitalizován společně s dítětem (rodinné, finanční, pracovní aj.) a může za ním docházet na návštěvy, ať již každodenní nebo občasné. Někdy sestry na oddělení návštěvu rodiče či telefonický hovor přímo s dítětem nedoporučí s logicky znějícím odůvodněním, že dítě je přespříliš úzkostné a návštěva maminky či její hlas v telefonu mu připomene, že tu s ním nemůže být a vyvolá nestandardní reakci v podobě hysterického záchvatu, skleslosti, apatie, celkové zhoršení psychického stavu a tím v důsledku toho zkomplikuje proces léčby a uzdravování.

Na druhou stranu, a v tom lze souhlasit s Mlčochem (2008), zvláště při plánovaných operačních zákrocích je navýsost žádoucí, aby rodič dítěti před a po zákroku mohl být nablízku. I dospělí zažívají před operací úzkost a strach, natož dětský pacient. Děti potřebují, aby jejich rodiče byli s nimi, aby jim dodávali klid, než na ně přijde řada, aby je konejšili, když je jim pak po operaci špatně (MLČOCH, 2008).

Je dobré zdůraznit, že každé dítě je individualita, každé se chová při nutnosti lékařského vyšetření, zákroku či případné hospitalizaci jinak. Někdo je statečnější, když vedle něj sedí maminka a drží ho za ruku, jiný jiný zas před mámou naopak předvádí, jaký je chudinka a jak je mu ubližováno - přestože ten samý výkon bez přítomnosti matky zvládá s úsměvem na rtech.

Leckdy je však pro rodiče z vážných důvodů obtížné, přestože by si to přáli, zařídit věci tak, aby s dítětem mohli v nemocnici zůstat po celou dobu hospitalizace. Jedním z důvodů, proč s ním nemohou být celou dobu jeho pobytu v nemocnici je rodinná situace – např. další dítě nebo děti v domácnosti, o které je potřeba se postarat. Otázka k zamyšlení, co by se dělo v případě, kdyby maminka sama musela zůstat nějakou dobu v nemocnici, jak by se chod domácnosti a péče o děti řešila v takovém případě? Každá rodinná situace je nicméně individuální a nelze soudit či

kritizovat, každý v náročné situaci, jakou hospitalizace jednoho ze členů rodiny, zejména malého dítěte, bezesporu je, pečlivě zvažuje pro a proti a leckdy je zařízení všeho potřebného, aby rodič mohl být s dítětem po celou dobu jeho pobytu v nemocnici příliš komplikované, ne – li nemožné. V takovém případě se řeší návštěvy dítěte, jejich frekvence či alternativy v podobě telefonických hovorů, ať už na pevnou linku nemocničního oddělení nebo na vlastní mobilní telefon dítěte.

- Při nutnosti dlouhodobé či opakované, byť krátkodobé hospitalizace je vhodné, aby s dítětem, pokud s ním nemůže být přímo rodič, zůstal někdo známý či blízký člověk, alespoň přes první dny, do doby, než si dítě na neznámé prostředí trochu zvykne.

Spoluhospitalizace rodiče s dítětem, zvláště s dítětem vážně nemocným či s dítětem se zdravotním postižením je navýsost žádoucí. Když už ale o ní hovoříme, je důležité, aby i hospitalizované matce byla poskytnuta psychická a sociální opora, a to jak ze stran zdravotníků a dalších pracovníků z řad pomáhajících profesí, tak od jejích nejbližších, tzn. umožnit i jí, aby za ní někdo přišel na návštěvu. (NĚMEC, 2002) V tomto kontextu bychom hovořili o potřebě emocionální sociální opory – mít k dispozici někoho, kdo je ochoten mu věnovat určitý čas, naslouchat, vyslechnout a dát najevo porozumění, pochopení aktuálního vypjatého emocionálního stavu (KŘIVOHLAVÝ, 2002b).

Z důvodu vysoké psychické náročnosti zvláště při dlouhodobé spoluhospitalizace rodiče s dítětem je vhodné střídání členů rodiny jako doprovodu dítěte v nemocnici, je-li to možné. Děti by pak měly být navštěvovány i sourozenci, a to i menšími. Ve starších sourozencích se někdy může při zákazu návštěv vzbuzovat strach, že sourozenec je v nemocnici proto, že zlobil. U dětí dochází k nejrůznějším mylným závěrům, které se pak velmi těžko ovlivňují (NĚMEC, 2002).

- Starší děti většinou nevyžadují přítomnost někoho z rodičů po celou dobu hospitalizace, ale přes to je vhodné dát jim pocit opory, být jim nablízku

Přestože starší děti - děti staršího školního věku, pubescenti a adolescenti - přímo nevyžadují, aby s nimi rodič „seděl u postele“ a návštěvy jim stačí občasné, je dobré si je naplánovat a v případě potřeby dítě navštěvovat co nejčastěji je to možné. Stejně jako pro malé děti, i pro ty větší pobyt v nemocnici nebývá snadný a zažívají množství nejrůznějších obav, strachů a trápení. Přestože to není na první pohled markantní, i děti výše zmíněných věkových kategorií potřebují rodiče, aby si s nimi mohli popovídat, byli jim nablízku a pomohli jim zbavit se jejich starostí.

- Přestože se zdá, že dítě návštěvy rodičů rozrušují, nemusí to být důvod k tomu, aby se návštěvy zcela zrušily

Někdy zdravotníci rodičům řeknou, že nemá smysl, aby na návštěvu vůbec chodili, že potom dítě pokaždé zbytečně brečí. To sice může být pravda, ale to je normální. Malé děti prožívají odloučení ve třech fázích - v první pláče a volají maminku, ve druhé ztrácejí naději na přivolání, jsou smutné, odmítají hračky a společnost ostatních a ve třetí potlačí své city k matce a připoutají se k jinému dospělému nebo k nějaké hračce. Jednotlivé fáze nemusí být zřetelné, mohou trvat různě

dlouho (v hodinách, dnech nebo i týdnech). Je menší zlo nechat dítě po každé návštěvě plakat, než riskovat, že po delším odloučení dojde k trvalejšímu narušení vztahů mezi matkou a dítětem.

Děti v sobě často pocity skrývají, neukazují je před cizími lidmi, ale dávají jim průchod až ve chvíli, kdy se objeví jejich rodiče, rozplácí se úlevou. Je pro ně daleko lepší, když mohou svůj smutek dát veřejně najevo, když v sobě nemusí dusit pláč, stesk a rozrušení. V rodičích by se rozhodně neměl žít pocit, že svou návštěvou dítěti škodí či ubližují. Rodičovská častá pravidelná přítomnost ho naopak ujistí, že na něj maminka nebo tatínek myslí a že na ně nezapomíná.

- Není vhodné návštěvu ukončit jaksi do ztracena a v pravou chvíli se nepozorovaně vytratit

Je sice těžké vidět své dítě plakat, ale než od něho nepozorovaně utéci, je pro něj daleko lepší klidně a otevřeně se s ním rozloučit a říci mu, kdy za ním maminka nebo tatínek či někdo další opět přijdou. Rozhodně by rodiče neměli slibovat, že se objeví třeba hned zítra ráno, pokud si nejsou opravdu jisti, že opravdu budou moci přijít. Někdy svému dítěti mohou nechat něco, co by pro něho – pro maminku nebo tatínka - mohlo do příště opatrovat - třeba svou peněženku (prázdnou) nebo rukavici. O tom, že odchází, by měli včas říci také sestřičce - aby dítě nezůstalo hned po odchodu rodičů úplně samo (MLČOCH, 2008).

Toto platí nejen v případě ukončování návštěvy, ale stejně ne-li víc v případě, že rodiče „pouze“ dítě do nemocnice odvedou, na oddělení se nemohou zdržet a hned se s dítětem rozloučí. U některých dětí při vstupu do mateřských škol či jeslí je možné udělat to, že matka dítě ve dveřích předá sestřičce či pedagogovi a zmizí a dítě se s tím nějak vypořádá. Chvilí si pobřečí, pak ale jeho pozornost upoutají jiné podněty, kamarádi, zábavné činnosti a dříve či později si postupně na pobyt v do té doby neznámém prostředí a na krátkodobé odloučení od matky zvykne. Stejný přístup je však při nutné hospitalizaci naprosto nežádoucí. Bohužel častý přístup typu „vemte si dceru a já rychle zmizím, ať dlouho nebrečím“ je jeden z vůbec nejhorších způsobů, jak dítě odvést do nemocnice. Dítěti, obzvlášť malému, způsobuje odloučení od matky strach. Svůj strach lépe překoná, není-li s ním pouze pasivně manipulováno - sestra odnese vzpouzející se dítě od matky. Lepší je, když matka společně se sestrou dítě odvede do jeho pokoje, srovná mu věci do stolku, spolu si prohlédnou oddělení, rozloučí se a teprve pak matka odejde domů, mezitím co dítě zůstává v péči sestry. [Děti v nemocnici. [online] Dostupné z ww: www.rodina.cz/clanek2401.htm]

1. 2. 5 Příprava dítěte rodiči na plánovanou hospitalizaci

Každé dítě je samostatná osobnost, každá rodina má své zvyky a je jen přirozené, že každá je vyhlídkou na pobyt v nemocnici trochu jinak zasažena. U dítěte samotného záleží na věku a vyspělosti, na jeho předchozích zkušenostech s nemocnicí a lékaři, na osvojených návycích a postojích, na tom, jak je samostatné, jak se dovede přizpůsobit novým situacím a jak umí snášet nepříjemnosti, zkrátka jak je vychováno.

Nesmírně důležité jsou postoje, které rodiče k léčení svého potomka zaujmou - mají vliv na jeho citové naladění, rozhodují o tom, jak bude dítě přijímat pokyny a poučení lékařů a sester, bude-li se v nemocnici bát nebo půjde - li tam s odhodláním, bude-li zdravotníků důvěřovat a jak bude svůj pobyt v nemocnici prožívat (MATĚJČEK, 1978).

Přijdou-li se rodiče či jeden z nich se do nemocnice informovat na podrobnosti, není od věci jim v dobrém, citlivě a taktně doporučit určité strategie v rámci přístupu ke svému potomkovi, neboť on i rodiče se budou dozajista potýkat s úzkostí z příštího rozloučení. Obecné rady, jak se vystříhat všeho, co napětí a úzkost dítěte i celé rodiny zvyšuje a naopak udělat všechno, co napětí a úzkost snižuje, uvedl již zmíněný autor, a přestože jsou již přes třicet let stará, mají stále svoji platnost, má-li dítě či dospívající v nemocnici na nějakou dobu zůstat sám:

1. Nezahrnovat dítě příliš vzrušenými citovými projevy, mazlením, litováním či něčím podobným,
2. Neměnit na svém chování nic podstatného, klidně je ujistit, že má v rodičích oporu, že je mají rádi, že jim na něm záleží víc než na čemkoli jiném a že se na tom nic nezmění, ať se děje co chce.
3. Cokoli budou rodiče dítěti vysvětlovat, je třeba sdělovat jednoduše, srozumitelně a podle pravdy. Pokud se např. rodiče uchýlí k drobným úskokům a lstím, kterými chtějí dosáhnout, aby dítě šlo do nemocnice tzv. nic zlého netušíc, mohou mu tím víc uškodit než prospět. Když totiž dítě poté pozná pravý stav věcí, znamená to pro ně mnohem těžší duševní otřes, než když je mu včas a šetrně řečena pravda celá. Po jednom takovém zklamání se těžko obnovuje důvěra k rodičům i ke zdravotníkům (MATĚJČEK, 1978).

Věty typu „*Neboj se, to nebude bolet.*“ nebo „*Pan doktor se na tebe jenom podívá a nic ti nebude dělat.*“ by rodiče dětem měli říkat jenom tehdy, pokud jsou pravdivé, jinak se vystavují již zmíněnému riziku, že se dítě bude cítit podvedené a příště jim už nebude věřit. Pokud je příjem plánovaný, je dobré se zeptat předem lékaře nebo sestry, jak bude pobyt dítěte vypadat a doma ho na něj připravit. Herní terapeuti, má-li je / jeho oddělení k dispozici, pomocí hraček vysvětlují dětem, co je čeká. Tuto taktiku mohou rodiče vyzkoušet už doma. Lze dítěti zahrát pohádku, jak jejich plyšáček musel do nemocnice, kde mu doktor poslechnul srdíčko, píchnul injekci a zavázal ručičku atp. Nevhodné jsou rovněž poznámky o tom, že „Brečej jenom zbabělci.“ Není důležité, zda dítě u výkonu pláče nebo ne, důležitější je, zda dokáže být aspoň trochu v klidu. Např. když má dítě strach třeba z odběru krve, tak mu může ten, kdo je s dítětem nablízku vyprávět, jak strašně moc se píchání bojí on, že ho musí i po chodbách honit (a ani moc přitom nemusí lhát :-), a pak spolu udělají dohodu - ať dítě klidně křičí, když ho to bude bolet, ale ať se snaží necukat ručičkou, aby jehlička nevypadla a sestřička ho nemusela píchat ještě jednou. Samozřejmě, není možné se takhle dohodnout s hodně malými dětmi, ale i malé děti mohou vědět, že rodiče nejsou dokonalí.

[Děti v nemocnici. [online] Dostupné z ww: www.rodina.cz/clanek2401.htm.]

Rodiče by se tedy měli pokusit dítě ujistit, že doktoři a sestřičky se učili, jak dětem pomáhat, že se zase vrátí domů, co nejdříve to půjde – pozor na slibování nereálných termínů. A i když třeba bude něco chvíli bolet, zase to přejde a po celou dobu se bude kousek po kousku uzdravovat (MLČOCH, 2008).

4. Je dobré dát dítěti na cestu do nemocnice malý dárek, ze kterého by mělo radost. Tento by měl odpovídat věku dítěte a jeho zálibám, ale navíc musí být uzpůsoben tomu, jak dalece bude dítě upoutáno na lůžko, bude-li jen ležet, nebo i sedět a chodit, bude-li mít povoleny vycházky apod. Důležité je však s dárky nepřehnat.
5. Za žádných okolností nevzbuzovat v dítěti pocit viny – to máš za to, žes tak lítal, žes neposluchal, apod. (MATĚJČEK, 1978).

Je nutné se vyvarovat strašení dětí v tom smyslu, že pokud bude zlobit, že dostane od pana doktora či sestřičky injekci. Tímto se v dítěti zaručeně vypěstuje či prohloubí strach z lékařů a sestřiček. Ti by neměli být strašákem a nepřítelem, který trestá nezbedné děti, nýbrž tím, kdo pomáhá zbavit se obtíží, které dítě trápí, byť to někdy bolí a je to nepříjemné. [Děti v nemocnici. [online] Dostupné z: www.rodina.cz/clanek2401.htm]

S uvedeným názorem naprosto souhlasíme, rozhodně není na místě strašení nemocí ani lékařskými zákroky, či pojmání nemoci či úrazu jako odplaty za neposlušnost. Jen bychom doplnili, že pokud dítě např. utrpělo úraz vlivem nerespektování pravidel či zákazů nebo např. onemocnělo těžkou formou zánětu horních či dolních cest dýchacích opět v důsledku neposlušnosti či "frajeření", přiměřenou formou podané upozornění včetně poučení pro příště je naopak žádoucí.

Vlastní rozloučení by dle Matějčka (1978) mělo proběhnout pokud možno klidně a přirozeně, rodiče by se měli snažit vyvarovat jakýchkoli přepjatých citových projevů a scén.

Pokud rodiče nebo jeden z rodičů plánují návštěvu, je dobré, když se pokusí rozmyslet její případný průběh dopředu. I když je to nesmírně těžké a nelze dopředu odhadnout momentální situaci na oddělení, možné zvraty, naladění dítěte a další okolnosti, je dobré mít připravený alespoň předběžný scénář (MATĚJČEK, 1978).

1. 2. 6 Shrnutí

Lze konstatovat, že role rodiče v péči o dítě je nezastupitelná a jeho místo by za všech okolností mělo být vedle dítěte. Rodiče by svému dítěti měli vždy stát nablízku, být mu oporou, důvěryhodnou osobou, která je a bude s ním ve chvílích dobrých i v náročných situacích, a tou bezesporu nutností jakkoli dlouhé hospitalizace, plánované či akutní, je. Dle věku dětí, jejich temperamentu, a dalších vlastností může být jeden z rodičů buď spolehovitě hospitalizován s nemocným dítětem, přičemž formy spolehovitě hospitalizace se liší oddělení od oddělení, nebo může za dítětem

pouze docházet na návštěvu, pokud dítě více nepotřebuje a nežádá. V dnešní době je již ve většině českých nemocnic samozřejmostí, že návštěvy rodičů, nejbližších příbuzných a známých nejsou zakazovány a že blízcí mohou dítě navštívit v kteroukoli denní hodinu, vyjma nočního klidu. Jistá omezení jsou pouze u pacientů hospitalizovaných na infekčních odděleních, u návštěv, které sami trpí infekčním onemocněním a u velmi malých dětí (nedoporučují se až na výjimky návštěvy kojenců a batolat).

Přesto, že rodiče malých dětí bývají na odděleních zpravidla vítáni a vnímáni jako neodmyslitelná součást podpory léčebného procesu nemocného dítěte, z nejrůznějších důvodů, přestože by o to rodiče či jeden z rodičů stáli, nemohou být s dítětem fyzicky po celou dobu hospitalizace. Podpora dítěte se tak musí omezit jen na návštěvy, více či méně časté, nebo na jinou formu kontaktu s dítětem, jako jsou telefonáty na mobilní telefon dítěte, na pevnou linku na oddělení či na dopisní korespondenci a kombinaci těchto možností.

Odborníci z řad pomáhajících profesí se při argumentech pro a proti spolehnutí na hospitalizaci přiklání spíše na stranu vyřešení rodinné a jiné situace tak, aby rodič mohl s dítětem být co možná nejvíce nablízku, nicméně stejné onemocnění a totožná situace nemocného dítěte vyvolá různé reakce, je tedy nutné přes klinicky ověřené zkušenosti psychologů, pedagogů a obecně deklarované doporučení, respektovat systémový přístup, individuální situace každé rodiny zvlášť.

Rodiče by měli vědět, jaké situace v souvislosti s nemožností spolehnutí na hospitalizaci, odcházení na noc od dítěte či ukončení návštěv mohou nastat a jak se osvědčilo jim čelit, aby psychická stabilita dítěte, která výrazně ovlivňuje vlastní proces uzdravování příliš neutrpěla. Nicméně nic není univerzální, každé pravidlo má své výjimky či svoji výjimku a individuální založení dítěte, jeho reakce, jsou někdy natolik specifické, že konkrétní způsob řešení, pro které se rodiče rozhodnou sice může být s doporučeními, které byli uvedeny v textu příspěvku, v kolizi, nicméně pokud je jejich výsledkem méně stresované dítě, pokud možno "psychicky stabilizované", nelze takováto řešení apriori kritizovat a soudit. Nikdo neví, jak by se ve stejné situaci rozhodoval, jak by na ni reagoval, profesionálové v oboru péče o nemocné dítě by tedy měli být spíše empatickým a sdílejícími partnery rodičů. Všem dohromady by mělo jít o to, aby se co nejdříve uzdravilo a vrátilo se do jeho přirozeného prostředí bez šrámů na duši vzniklých během hospitalizace a s důvěrou ve zdravotnický personál, že kdykoli by se on sám či jeho kamarád ocitl v obdobné situaci, že by tato pro něj nebyla noční můrou a neúnosným stresem.

1. 3 Význam školy při nemoci při podpoře hospitalizovaného dítěte

1. 3. 1 Legislativní ukotvení škol při nemocnicích

Žáci nemocní nebo zdravotně oslabení podle školského zákona spadají pod kategorii žáků se zdravotním znevýhodněním a společně s dalšími kategoriemi (žáci se sociálním znevýhodněním a žáci se zdravotním postižením) se souhrnně označují jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). V případě nutnosti hospitalizace těchto dětí a žáků ve zdravotnických zařízeních se tito žáci mají možnost vzdělávat se v mateřských a základních školách při zdravotnických zařízeních - pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Tyto školy jsou zřizovány v souladu se školským zákonem č. 561/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů a s Vyhláškou č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů (VÍTKOVÁ, In: LECHTA /ed./, 2010). Základní školy mohou poskytovat podle svých možností individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěným v tomto zdravotnickém zařízení. V souladu s tímto Sdělení MŠMT k činnosti speciálních škol a speciálních školských zařízení při zdravotnických zařízeních (č.j. 23 037/2003-24) dodává, že konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech žákům středních škol umístěným v tomto zařízení jsou poskytovány se zřetelem ke vzdělávacím potřebám žáků, se zřetelem k odborné a pedagogické způsobilosti pedagogických pracovníků. [dostupné z [www: http://www.msmt.cz/Files/DOC/10-2003.doc](http://www.msmt.cz/Files/DOC/10-2003.doc)] K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáků určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem. (Vyhl. č. 73/2005 Sb., §4, odst. 2) Podrobnější informace Vyhl. č. 73/2005 Sb. neuvádí.

MŠMT však vydalo dne 9. září 2010 Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních za účelem zajištění jednotného postupu při zařazování žáků do základních škol při zdravotnických zařízeních, vykazování těchto žáků a vydávání vysvědčení.

Dle těchto informací v případě, že je žák základní nebo střední školy se zdravotním oslabením či dlouhodobě nemocný umístěn ve zdravotnickém zařízení, může být na základě doporučení ošetřujícího lékaře a souhlasu zákonného zástupce žáka **zařazen** do školy při zdravotnickém zařízení. Nejedná se o přestup žáka podle § 49 odst. 1, resp. § 66 odst. 4 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), a zařazení žáka do školy při zdravotnickém zařízení neprobíhá ve správním řízení. Žák nadále zůstává žákem „kmenové školy“ (tj. spádové základní školy či jiné základní školy zapsané ve školském rejstříku, kterou zvolil zákonný zástupce žáka, resp. střední školy) a je tedy po dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení současně žákem dvou škol, a to i pro účely vykazování. Kmenová škola musí žáka vést v evidenci po celou dobu pobytu žáka ve zdravotnickém zařízení, a to nejdéle do doby, než přestane být žákem školy, tj. v případě žáka základní školy

- splní povinnou školní docházku, a buď nepokračuje v základním vzdělávání (§ 55 školského zákona), nebo byl ze školy vyloučen (§ 31 školského zákona), nebo
- úspěšně ukončí základní vzdělávání (získá stupeň základní vzdělání nebo základy vzdělání), nebo
- přestoupí na jinou školu podle § 49 školského zákona.

Z občanskoprávních předpisů vyplývá ještě jeden důvod, kdy žák přestává být žákem školy, a tím je smrt žáka, resp. prohlášení žáka za mrtvého.

Z evidence školy při zdravotnickém zařízení bude žák vyřazen ke dni ukončení jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Tímto postupem se tak zabrání případům, kdy se žák po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení neměl kam vrátit, neboť „kmenová škola“ jej již z evidence vyřadila a nemohla jej přijmout zpět z kapacitních důvodů, nebo zůstal nadále formálně žákem školy při zdravotnickém zařízení, i když už po ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení do této školy přestal docházet.

Zákonný zástupce musí žáka v kmenové škole řádně omluvit z vyučování; o tom je třeba zákonného zástupce poučit, tj. zástupce školy při zdravotnickém zařízení poučí zákonného zástupce o tom, že zařazení žáka do školy při zdravotnickém zařízení není přestupem do jiné školy a že žák nadále zůstává žákem „kmenové“ školy.

Žákům středních škol jsou základní školou při zdravotnickém zařízení poskytovány individuální konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech (§ 4 odst. 1 věta druhá vyhlášky č. 73/2005 Sb.).

Tito žáci jsou pro účely vykazování rovněž považováni za žáky umístěné ve zdravotnickém zařízení, kteří se vzdělávají ve škole při tomto zdravotnickém zařízení (§ 3 odst. 6 písm. d) vyhlášky č. 492/2005 Sb., o krajských normativech). Ve své „kmenové“ škole musí být z vyučování řádně omluveni. Při déletrvajícím pobytu žáka ve zdravotnickém zařízení lze využít institutu přerušení vzdělávání - § 66 odst. 5 školského zákona, je však nutno upozornit, že po dobu přerušení vzdělávání žák není žákem této „kmenové“ školy a na povolení přerušení vzdělávání není právní nárok (záleží na správním uvážení ředitele střední školy, zda přerušení vzdělávání povolí či nikoliv). Případně lze ředitele školy požádat o povolení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu podle § 18 školského zákona.

Vysvědčení vydává vždy škola „kmenová“ s využitím podkladů ze školy při zdravotnickém zařízení, pokud zákonný zástupce udělí souhlas s jejich předáním, a to i v případě, že je žák ve škole při zdravotnickém zařízení celý školní rok nebo i déle. Při dlouhodobějším pobytu žáka ve zdravotnickém zařízení je spolupráce „kmenové“ školy a školy při zdravotnickém zařízení nezbytná, zejména co se týče vzájemného zohledňování údajů v jejich dokumentaci ze školské matriky.

Pokud zákonný zástupce souhlasí se zařazením žáka do školy při zdravotnickém zařízení, měl by být rovněž požádán o souhlas (v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů – jiným subjektům lze předat osobní údaje v zásadě jen se souhlasem subjektu údajů) s vyžádáním kopie dokumentace od kmenové školy (ředitel školy při zdravotnickém zařízení si vyžádá dokumentaci od ředitele kmenové školy) s předáním podkladů pro hodnocení výsledků vzdělávání žáka ze školy při zdravotnickém zařízení kmenové škole

Zákonný zástupce by měl být poučen o tom, že v případě neudělení souhlasu č. 3 kmenová škola nemusí mít dostatek podkladů pro hodnocení žáka a žák může být potom celkově hodnocen stupněm „nehodnocen(a)“ v 1. pololetí a „neprospěl(a)“ v 2. pololetí (viz § 15 vyhlášky č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, § 3 vyhlášky č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři).

Pokud zákonný zástupce žáka základní školy souhlas se zařazením do školy při zdravotnickém zařízení neudělí a žák se nemůže pro svůj zdravotní stav účastnit vyučování ve své kmenové škole po dobu delší než dva měsíce, bude ředitel kmenové školy postupovat podle § 50 odst. 3 školského zákona a stanoví takový způsob vzdělávání, který odpovídá možnostem žáka, nebo mu může povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu podle § 18 školského zákona. In. Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních. MŠMT, Dostupné z: [<http://www.msmt.cz/file/12497>]

V České republice v současnosti působí školy při nemocnici zejména ve větších městech. Dle údajů krajských úřadů jednotlivých krajů ČR je (ke školnímu roku 2007- 2008) zřízeno celkem 26 škol při nemocnicích, 4 školy při ozdravovnách a 20 škol při dětských léčebnách (zdroj: webové stránky krajských úřadů jednotlivých krajů; dále [<http://www.ped.muni.cz/wsedu/index.php?p=op-somatopedie-zdravotnicka-zarizeni&sid=f6db5e5124f7b180a123758b03eee663>])

V souvislosti se plánovanou změnou právních předpisů se do budoucna počítá se zpracováním návrhů na opatření směřující k vytvoření organizačních, materiálních a personálních podmínek pro rozvoj inkluzivního vzdělávání a vypracováním návrhů transformace činnosti škol samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením (mj. zřejmě i právě s transformací škol při nemocnicích) s výraznější snahou kooperace se školami hlavního výchovně vzdělávacího proudu ve prospěch rozvoje inkluzivního vzdělávání (VÍTKOVÁ, In: VÍTKOVÁ, HAVEL /eds./, 2010).

1. 3. 2 Výchova a vzdělávání jako součást léčebného procesu

Výchova a vzdělávání ve škole při nemocnici, resp. vlastní vyučovací proces, je podmíněn zdravotním stavem žáka, tento je ovlivněn stádiem choroby, ve kterém se malý pacient nachází. Michaličková (1961 – 62) uvádí tři stadia nemoci. Přestože jsou tyto stadia téměř padesát let stará,

vzhledem k tomu, že v soudobé odborné literatuře nikdo nevytvořil jiné dělení, přidržíme se pro potřeby tohoto textu jejího dělení.

- Stádium *akutní* – začátek nemoci, doba během operačního výkonu a těsně po něm, zhoršení zdravotního stavu atd. V tomto období dítě potřebuje absolutní klid. Čím je nápor choroby těžší, tím tento požadavek vystupuje více do popředí. Dítě zpravidla leží, případně spí, nezajímají ho ani lidé ani věci. Tehdy jakákoli pedagogická intervence ustupuje do pozadí.
- Po akutním stádiu přichází stádium, kdy *dítě ještě není zcela zdravé, nicméně již úspěšně zvládlo první nápor choroby*. Zlepšení zdravotního stavu se obvykle projevuje poklesem teploty, zvýšenou chutí k jídlu a zájmu o okolí. Tehdy je již možné začít výchovně působit, např. pomoci s úklidem nočního stolku, zapůjčením knížky či nějaké hračky. Stále je však nutné mít na zřeteli skutečnost, že je dítě stále ještě rychle unavitelné a potřebuje odpočinek.

S ústupem choroby přichází třetí, *poslední stádium*, ve kterém je možné dítě opět zapojit do vyučovacího procesu, přičemž čas a rozsah určuje ošetřující lékař. Spolupráce lékaře i učitele v nemocnici je nevyhnutelná a velice žádoucí. Učitelovo pozorování chování žáka a jeho postřehy pomůže lékaři správně ohodnotit skutečný zdravotní stav žáka a stádium onemocnění (MICHALIČKOVÁ, 1961 – 62).

Toto platí zejména u akutních chorob a poúrazových a pooperačních stavů. U chronických onemocnění a závažných onemocnění s nepříznivým průběhem a prognózou, jako např. u onkologických onemocnění výše uvedené schéma neplatí zcela, jednotlivá stadia se mohou buď prolínat, nebo na sebe navazovat v opačném pořadí, než je uvedeno, či se opakují. Zde je zapotřebí maximálně úzké a intenzivní spolupráce všech zúčastněných stran, častých konzultací, pozorování a pravidelného vyhodnocování aktuálního stavu a rozpoložení malého pacienta, aby péče o něj byla komplexní a maximálně efektivní.

Křivohlavý (2002a) zmiňuje, že zejména pro děti chronicky nemocné může být nemoc podstatně důležitým faktorem ovlivňujícím jejich identitu. Výrazně to bylo zjišťováno např. u dětí s rakovinou. Vliv má mj. doba, po kterou dítě musí být v posteli s ohledem na své onemocnění. Obdobně je tomu s prožíváním doby, po kterou se nemůže účastnit vyučování a mimoškolních dětských aktivit; v takových případech je zaznamenán větší výskyt depresí a stresu (KŘIVOHLAVÝ, 2002a).

Dítě se závažným (někdy i srtelným) onemocněním může k nemoci přistupovat zcela realisticky (ví co jej čeká a je schopno s tím žít) - jsou děti, které znají diagnózu i predikci vývoje a v rámci dětských možností žijí hrdinně (z našeho pohledu). Pokud se dítě s nemocí smíří, jeho identita se příliš nezmění, pokud však onemocnění nepřijme, může u něj dojít ke změně osobnosti.

U těchto těžce nemocných žáků, zejména dětí z oddělení dětské hematooonkologie či onkologie, dětí po transplantaci ledviny či s jiným závažným zdravotním handicapem je jejich přístup ke škole

jako takové specifický. Brzy si samy začnou uvědomovat meze svých fyzických schopností a mění svůj žebříček hodnot a představy o své budoucnosti, v níž se nebudou moci spoléhat na své pevné zdraví. Takové děti, ač by je to dříve třeba ani nenapadlo, poznenáhlu projevují mnohem větší zájem o učení a dosahují v něm velmi dobrých výsledků (PRŮCHOVÁ, In: RYŠAVÝ, 1998).

Nedílnou součástí komplexní péče je rehabilitace, a to nejen tělesná, ale i psychická a sociální, v případě posláni školy při nemocnici také její složka pedagogická. Přiměřená duševní aktivita má pro dítě nesmírný význam. Dítěti by měly být pokud možno udrženy dosavadní společenské kontakty, pokud jsou nějakým způsobem narušeny, je důležité, aby je rodiče nebo další příbuzní vhodně nahradili. Již na konci osmdesátých let Koutecký, In: Lehovský (1988) zdůrazňoval, že posilování duševní činnosti i pokračující vzdělávání mají zásadní význam v období léčby, tak i pro budoucnost dítěte (KOUTECKÝ, In: LEHOVSKÝ, 1988). Sice to může znít jako fráze, nicméně např. s ohledem na návaznost učiva probíraného v kmenové škole, udržování kontaktu se spolužáky a vrstevníky s tímto tvrzením souhlasíme.

Zde je nutno dodat, že výchova a vyučování ve škole při nemocnici není samostatným a neodvislým procesem. Jeho zvláštnost spočívá v tom, že je součástí procesu léčebného. Výchova musí být za všech okolností uskutečňována tak, aby vhodně ovlivňovala psychický stav dětí, a tím přispívala k příznivému průběhu ozdravného procesu. Řadu základních podmínek ovlivňuje lékař (zařazení dítěte do vyučování, přerušení vyučování, míra zatížení, možnosti seskupování dětí, zařazení vyučování do programu dne atp.)

Hlavním smyslem hospitalizace je léčení. Hlavní slovo na pracovišti mají tedy zdravotníci. Hiblbauer (1963 – 64) konstatuje, že každé opatření školy, ať jakkoliv ovlivňuje vžitý systém práce, režim dětí či úpravu pracoviště, musí být předem projednáno s vedoucím ústavu. Zásahy školy proto nemohou být samostatné a bezprostřední, nýbrž vždy musí být v podřízeném postavení vůči léčbě samotné (HIBLBAUER, 1963 – 64). Sami učitelé ve škole při nemocnicích si uvědomují, že jejich úloha je jiná oproti úloze učitele běžné základní školy - učitel zde hraje tzv. druhé housle - byť musí být členem týmu s povinností spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Děti se v nemocnici především léčí. Nejprve jsou pacienti, teprve v druhém sledu žáky (STÁRKOVÁ, In: KUKAL, 1999). V návaznosti na Hiblbauera (1963 – 64) bychom dnes spíše konstatovali, že veškerá činnost školy musí být odvozována od průběhu vlastní léčby, tedy spíše návaznost a její podpora, nikoli podřízenost. Přes tuto nevyvratitelnou skutečnost má škola při nemocnici svůj nepopíratelný význam.

Stejně to vidí i Tomášová (1995), která konstatuje, že vyučovací proces v nemocničním prostředí se uskutečňuje s plným respektováním léčebně – rehabilitačního režimu daného zdravotnického zařízení a s vědomím, že dominantní místo zde má léčba (TOMÁŠOVÁ, 1995).

Zdravotníci úlohu školy při nemocnici rovněž nepodceňují, naopak si uvědomují specifičnost přínosu přítomnosti pedagogů na oddělení a jejich nenahraditelnost. Sebelépe připravená dětská sestra zůstává zdravotnickým pracovníkem s dominantním posláním – péčí o zdravotní stav dítěte (KASTELOVÁ, 1991 – 1992). A tak přes veškerou snahu zdravotnického personálu působit na tělesnou i duševní stránku dítěte, přednostně zajišťuje hlavně léčebné úkony a pro pedagoga se otvírá možnost působit na dítě právě v rovině duševní (PROKEŠOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2005).

Toto potvrzuje i Némethová (1995), která uvádí příklad týmové práce zdravotníků a pedagogů v Dérerovej nemocnici v Bratislavě. Zde zdravotnický personál i pedagogové ve škole při nemocnici usilují o úzkou vzájemnou spolupráci a vytváření ovzduší vzájemné důvěry. Učitelky se řídí pokyny a doporučeními lékařů a zdravotních sester a lékaři se informují o tom, jak se nemocné dítě projevuje během výchovně vzdělávací činnosti. Práce pedagogů je pro nesmírně cenná a velmi si jí váží (NÉMETHOVÁ, 1995).

Paní učitelky se dítě navíc nemusí bát – neaplikuje injekce, infuze, neprovádí nepříjemné zdravotnické zákroky a oázu bezpečí a jistoty, je pojátkem mezi nemocniční bělobou a pestrobarevným běžným světem (KASTELOVÁ, 1991 – 1992). Zde dodejme, že v současnosti jsou dětská nemocniční oddělení barevná, zdi chodeb i pokoje dětí zdobí obrázky a výtvary dětí, či profesionálně vytvořené plastiky a dekorace. Proto větu o nemocniční bělobě a pestrobarevném světu lze chápat jako příměr – nemocniční běloba coby uniformované prostředí, přes veškeré snahy o citlivý a chápající přístup do značné míry omezující svobody a možnosti dětí, na které jsou "tam venku" zvyklé.

Paní učitelka je také mnohdy jediný člověk na oddělení, kdo má veškerý prostor pouze pro dítě a jeho potřeby, je zde pro něj, i když s ním náhodou nemůže být někdo z rodičů. Je nablízku, pokud má dítě strach, obavy, není mu dobře, v době, kdy ostatní dospělí mají spoustu jiné, důležité práce. A to dítě brzy ví a cítí. Proto má paní učitelka často takovou důvěru, že leckdy zaznívají věty typu: mami, já to tu zvládnu sám, je tu přece paní učitelka, „Já ještě nemůžu jít domů, já to chci domalovat.“, „paní učitelko, mně se po vás a školce / škole bude stýskat, „mami, půjdeme sem ještě někdy?“ (PROKEŠOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2005).

To, že učitelé školy při nemocnici jsou záchytným bodem, známým místem, na které se dítě často upíná, aby se přeneslo přes svůj strach, potvrzuje i MATOUŠKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN 29/2005.

O skutečnosti, že „nepříjemné“ školní prostředí je v nemocnici jedním z mála pojítek s „normálním životem dítěte“ v situaci hospitalizace, kdy pacient ztrácí na určitou dobu své přirozené prostředí, soukromí, na čas i kamarády a nejužší kontakt s rodinou, se zmiňuje i Švancar (2000). Dodává, že toto „pojítko“ je také důvod, proč se zpravidla děti v nemocnici rády učí. Učení je totiž

činnost, kterou znají a která je jim blízká a kantoři jsou těmi, kteří pomáhají (ŠVANCAR, 2000).

U dětí školního věku je tedy vyučování bezesporu jednou z nejvhodnějších forem zaměstnání nemocného dítěte. Pomáhá mu vrátit se k obvyklému způsobu života, vyvolává v něm pocit radosti, sebevědomí a vůli chtít se uzdravit. Vhodným způsobem odvádí pozornost dítěte od nemoci, zaměřuje jeho myšlenky k pracovním úkolům, udržuje dítě při svěžesti a stálé pracovní aktivitě. Rovněž přispívá k tomu, že se dítě v prostředí nemocničním, pro něj mnohdy neznámém, setkává s režimem dne obdobným dřívějšímu (dopoledne vyučování, odpoledne po odpočinku práce na úkolech a zábava – četba, hry, sledování televize, přijímání návštěva atd. (KALEDOVÁ, 1985 - 86).

To, že účast pedagoga v léčebném procesu že je pro dítě ukazatelem dočasnosti nemoci a posiluje naději na uzdravení i u vážně nemocných dětí – *“jestliže se učím, tak to se mnou nemůže být tak zlé”* – potvrzují i VODOVÁ, MAREŠ, In: MAREŠ, et al. 2001. Pravidelná přítomnost učitele, zájem o žákovu práci, podíl na radosti z jeho učebních úspěchů je prvním vykročením do zdravého života, stává se pro dětského pacienta příslibem větší svobody a většího soukromí.

Především psychoterapeuticky působí při hospitalizaci malých dětí učitelky mateřské školy. Spokojená a činnorodá atmosféra při práci s dětmi předškolního věku přispívá k dobré náladě nemocných dětí a tím rychlejšímu uzdravování (FIALOVÁ, PŘECECHTĚLOVÁ, 2002).

Zdravotnické zařízení je pro dítě mikrosvětlem, který zahrnuje nezbytnou, byť dočasnou izolaci dítěte od světa “venku”, způsobuje narušení předcházejících sociálních vztahů, předpokládá přizpůsobení se nemocničnímu řádu, leckdy výrazně striktnímu, omezení prostoru a pohybu, a obavy a nepříjemné zkušenosti z vyšetření a více či méně bolestivých zákroků. Tyto skutečnosti mohou vyvolat řadu negativních reakcí dítěte, které vlastní léčbu komplikují, na druhou stranu veškeré tyto nežádoucí a stresující skutečnosti lze dobře do jisté míry kompenzovat právě pozitivními zážitky ze zajímavých a příjemných činností a radostí z očekávání takovýchto činností. Ve vyučování toho lze dosahovat zejména tvořivou úpravou metodických postupů, výběrem atraktivního didaktického materiálu a pomůcek, a navázáním adekvátního pedagogického kontaktu s nemocným žákem, případně jeho rodiči (KOLLÁROVÁ, 1995).

Zvláště důležité je vyučování dětí hospitalizovaných dlouhodobě nebo opakovaně, velký důraz kladou učitelky ve školách při nemocnicích i na výuku **dětí prvních tříd**. Dohánět učivo bez „školy v nemocnici“ by bylo hlavně pro začínající žáky těžké. Děti v nemocnici se na své učitelky těší, a ty s nimi při skupinové a individuální práci, která ve většině případů převládá, často naváží hluboký vztah. Škola pro ně není rozhodně nudou, ale naopak rozptýlením.

Učitelky ve školách při nemocnici při vzdělávání dětí 1. tříd po vstupním rozhovoru by se měly snažit získat co nejvíce informací o práci učitelky a dětí v jejich kmenové škole a třídě. Jako příklady možných otázek lze uvést: „Za co tě paní učitelka nejvíce chválí? Čím ji potěšíš, když je

smutná? Co je pro děti největší pochvala ve třídě?“ Podle těchto informací dále učitelka přizpůsobuje přístup k dítěti z metodické, organizační a hlavně lidské stránky, jelikož po dobu jejich hospitalizace se stává nejen učitelkou, ale i přítelkyní.

Schopnost žáka 1. třídy soustředěně pracovat je ještě malá, časově omezená, teprve se rozvíjí. Je zapotřebí ho soustavně motivovat, měnit činnost, zpestřovat práci rozličným způsobem. Dítě v 1. třídě ještě navíc neumí samostatně pracovat, je třeba ho k tomu vést. Nestačí mu jenom říci – čti si, pracuj si, udělej další cvičení. Toto je nutné ho teprve naučit. Dítě 1. třídy ve škole při nemoci tedy není „běžným“ žákem základní školy, ale z výše uvedených důvodů spadá do zvláštní kategorie, a navrhuje toto zohlednit v legislativních úpravách týkajících se mj. počtu žáků na učitele v nemocniční škole (KISELOVÁ, 1996).

1. 3. 3 Výchovně vzdělávací cíle ve školách při nemocnicích

V 90. letech proběhl pod záštitou Amsterodamské nemocniční školy průzkum po evropských nemocničních školách, ve kterém bylo prostřednictvím dotazníkového šetření osloveno 19 evropských zemí včetně České republiky. Průzkum zaměřený na pedagogické a didaktické aspekty vzdělávání nemocných dětí hledal mj. odpovědi na otázky, v jakých ohledech se dle názoru respondentů liší výuka ve škole při nemoci od pravidelného vyučování v běžné škole. Sledovala se kontinuita vzdělávacího procesu, prevence a eliminace výukových problémů, prevence pocitu izolace vyplývající z nutnosti hospitalizace, nabízení výhledů do budoucna a pomoc dětem s návratem do jejich vlastní školy.

Výsledky průzkumu interpretovaného autory KNOL, COURLANDER (1993) ukazuje tabulka č. 1:

Tabulka č. 1. *Zjištění důležitosti výchovně vzdělávacích cílů v nemocnicích*

<u>Výchovně vzdělávací cíle</u>	<u>Počet odpovědí</u>
Prevence problémů s učením	69
Snaha pomoci při návratu do běžné školy	75
Kontinuita vzdělávacího procesu	73
Eliminace problémů s učením	65
Nabídka výhledů do budoucna	67
Minimalizace pocitu izolace	74

Zdroj: KNOL, COURLANDER, 1993, s. 18

Interpretace údajů obsažených v tab. č. 1:

Přestože jako celek jsou výsledky velice vyrovnané, minimalizace pocitu izolace a návrat dítěte do běžné školy se zdá být prioritní. Ostatní cíle jsou respondenty chápány jako téměř stejně důležité, nejméně důležitá je hodnocena nabídka budoucích vyhlídek a eliminace problémů s učením (toto respondenti zřejmě vnímají zahrnuté pod dalšími body (KNOL, COURLANDER, 1993).

V České republice jsou samozřejmostí cíle výukové, tj. cíle obsažené v tabulce v prvních čtyřech řádcích /zajištění kontinuity vzdělávacího procesu, s tím související snaha pomoci při návratu do běžné školy, prevence problémů s učením a jejich případná eliminace/ (PLEVOVÁ, 1997). Obdobně je úloha školy při nemocnici chápána i na Slovensku. Kollárová (1995) zmiňuje dva hlavní úkoly škol při nemocnicích ve vztahu k nemocným dětem: 1. zabezpečit žákům kontinuitu ve vzdělávání v takové míře, v jaké to jejich zdravotní stav umožní a v závislosti na jejich zdravotním stavu i zabezpečení kvalitního vyplnění jejich volného času v době mimo vlastní vyučování, a 2. prostřednictvím pedagogické činnosti a z ní vyplývající psychické podpory hospitalizovaných žáků přispívat k úspěšnému průběhu jejich léčby (KOLLÁROVÁ, 1995). Tyto cíle, řekněme psychoterapeutické, tj. podpora a udržení dobrého psychického stavu dítěte, překonání kritického období během hospitalizace, udržení psychické vývojové úrovně a návrat domů a do kmenové školy bez negativních stavů, vnímá jako neméně důležité, snad ještě důležitější, i PLEVOVÁ, 1997.

Analogicky s předchozím vidí úkoly školy při nemocnici i Vodová, Kunstmüllerová (1994), In: Vodová, Mareš, In Mareš /ed./, 2001 – tento výčet bychom mohli chápat jako shrnutí předchozího, přičemž pořadí uvedených úkolů je uvedeno vzestupně dle důležitosti:

1. zabránit vzniku mezer ve vědomostech a dovednostech dětí tím, že se dítě vzdělává v několika vybraných předmětech;
2. zajistit dětem plynulý a bezproblémový návrat do původní kmenové školy;
3. zaměstnávat děti s ohledem na jejich zdravotní stav, a tím odvádět jejich pozornost od nemoci a obtíží spojených s léčením, tj. psychoterapeutický úkol;
4. pomáhat mimo samotnou výuku; psychologický přístup speciálního pedagoga usnadňuje dětem adaptaci na neznámé prostředí, pomáhá překonat nepříjemnosti spojené s odloučením od rodiny, zbavuje ho strachu z nemoci, umožňuje mu lépe zvládat nepříjemné výkony a vyrovnat se s často zdlouhavým léčením (VODOVÁ, KUNSTMÜLLEROVÁ, 1994, In: VODOVÁ, MAREŠ, In: MAREŠ /ed./, 2001).

1. 3. 4 Navázání kontaktu pedagoga s nemocným dítětem

Navázání osobního kontaktu s nemocným dítětem je východiskem každé učeně výchovné práce na dětském lůžkovém oddělení. U hospitalizovaných dětí bývá toto navázání často obtížné, protože se ocitají v dosud novém, neznámém prostředí. Může u nich přes veškeré úsilí zdravotnického personálu i dalších odborníků z řad pedagogů, herní specialistů aj. dojít k abnormním psychickým reakcím ve formě hospitalizmu, který pak brzdí průběh léčení. Mohou se u nich vytvořit dvě krajní varianty chování v dětském kolektivu a přístupu ke školní práci: buď setrvání v opozici – dítě se nezapojí do práce a projevuje se jako rušivý živel, nebo opačný extrém, uzavření se do sebe, čímž trpí dítě samotné. Okolnost, zda se učitel podaří získat si důvěru dítěte či nikoli tedy významně ovlivňuje celý jeho další pobyt na oddělení.

Některé děti jsou učitelovou přítomností v nemocnici překvapeny, zpočátku i zklamány („jsem přece nemocný, tak se nemusím učit“), jiné naopak mile překvapeny, změní-li se domnělý lékař v učitele, od kterého žádné bolestivé zákroky nehrozí. Učitel je pro dítě osobou mnohem známější a může se stát prostředníkem mezi ním a zdravotnickým personálem na oddělení. Podaří-li se učiteli vytvořit úzký osobní vztah k nemocnému dítěti, projeví se to nejen v žákově přístupu ke školní práci, ale značně se tím ovlivní i poměr dítěte k léčení – je trpělivější, statečnější, lépe spolupracuje se zdravotníky (SASÍN, 1965 – 66).

Tuto zkušenost potvrzuje i Průchová In: Ryšavý (1998) – že někteří žáci hlavně na počátcích léčby doufají, že náplastí na prožitou bolest se jim stane alespoň na pár dní či týdnů osvobození od školní výuky. Po několika dnech pobytu v nemocnici se však mnozí začínají nudit a vyučování se pro ně stává docela příjemným rozptýlením (PRŮCHOVÁ, In: RYŠAVÝ, 1998).

Jedny z výrazně specifických oddělení jsou v tomto ohledu **oddělení infekční**. Hospitalizované děti se ocitají ve výrazné izolaci, která přímo vyplývá z povahy jejich onemocnění. Buť v současné době mohou mít u sebe někoho z rodičů, nemohou ze svého popudu opustit nemocniční pokoj ani přijímat návštěvy. Nejhorší je, pokud jsou na izolaci, kde k sobě nemají spolupacienta, případně ani spolehospitalizovaného rodiče. Je to nesporně obrovský zásah do navyklého způsobu života a proto není možné chtít, aby se s takto zátěžovou situací dítě vyrovnalo samo. Kromě zdravotnického personálu zde hraje nemalou úlohu právě pedagogický personál školy při nemocnici. Kromě toho, že je jedou z mála civilních osob, která za dítětem smí, pomáhá náročnou situaci zvládat právě vyučováním, hrou, či zájmovou činností. Práce pedagogů je o to účinnější, dokáží-li navázat s žákem citovou vazbu a bezprostřední, spontánní vztah. Nesmí se bát s ním zažertovat nebo se bavit na dětské úrovni.

Neméně důležité je umět se vžít do naléhavosti přání dětí, chápat jejich důležitost, pokud jim na tom záleží, pocopení zájmů dětí, vidět opravdovost dětského úsilí ve tvořivé činnosti.

Lze doporučit 5 zásad, které je užitečné dodržovat při práci s dětmi na infekčním oddělení, ale nejen jimi:

- po příchodu na oddělení je dítěti nutné se intenzivně věnovat. Vysvětlit mu, kdo je kdo a pomoci mu přizpůsobit se nemocničnímu prostředí;
- jednou z nejdůležitějších věcí je pomoci zbavit ho strachu, úzkosti a obav před novou situací (vyšetření, někdy i bolestivé výkony)
- dbát na udržení optimistické, radostné a pokojné nálady při vyučování a hrách
- s dětmi je zapotřebí mluvit jasně a srozumitelně, na jejich otázky odpovídat pravdivě a přiměřeně se zřetel k jejich věku a mentální úrovni a zdravotnímu stavu
- podporujeme jejich sebedůvěru a často je chválíme (HERCHLOVÁ, 1996).

V souvislosti s tím, jak skutečnost, že se dítě v nemocnici “musí” učit, vnímá, zda jako zklamání či příjemné překvapení, při koncipování výchovné a vzdělávací strategie, plánování vhodné motivace jednotlivých žáků, vysvstává jeden problém. Na jedné straně přizpůsobit své požadavky aktuální situaci dítěte (druh choroby, její příznaky, průběh, způsob léčby i prognóza, vliv choroby a životních změn, které s ní souvisí, na psychický a sociální vývoj dítěte a dal.), aby nedošlo k nadměrnému zatížení v tělesné nebo psychické sféře. Na stranu druhou, dlouhotrvající nadbytečná úleva od vyučování kromě toho, že by vedla ke snižování úrovně ve vzdělání, měla by též nepříznivý efekt při utváření vlastností nemocného dítěte, které by se tak učilo svůj zdravotní stav zneužívat jako důvod pro osvobozování od povinností (KOLLÁROVÁ, 1995).

Přestože úkol učitelky (učitele) v nemocnici není primárně v předávání vědomostí a jejich práce s dětmi by měla směřovat hlavně k vytvoření příjemné atmosféry a zajištění jejich maximální duševní pohody, lze i nadále hovořit o škole jako takové - o instituci, která poskytuje vzdělání. Svoji vzdělávací funkci škola bezesporu plní. Je to právě vyučování, skrze které se lze k některým dětem přiblížit. Pokud dítě není ochotné nebo schopné navázat přímý kontakt, nemá zájem si povídat a je pro něj obtížné se svěřit se svým steskem, potom vždycky ještě zbývá učení. Když učitel přijde za dítětem s učením, pracovním sešitem a začne mu vykládat učivo, ptát se ho, vysvětlovat, nakonec se komunikace mezi nimi, alespoň v této rovině vyvine (STÁRKOVÁ, In: KUKAL, 1999).

Důležitost práce pedagogů ve škole při nemocnici potvrzují i Fialová, Přecechtělová (2002), s tím, že jsou to právě oni, kdo malému pacientovi pomáhají překonat těžké období v nemocnici zvláště na počátku hospitalizace (FIALOVÁ, PŘECECHTĚLOVÁ, 2002).

1. 3. 5 Osobnost učitele ve škole při nemocnici

Výchovná a didaktická práce je však účinná jenom tehdy, dovede-li učitel pochopit i osobní problémy dítěte, umí-li se pohotově přizpůsobovat věkovým zvláštnostem a daří-li se mu navozovat

citovou vazbu s dětmi. To předpokládá dobrou znalost psychologie nemocného dítěte (HIBLBAUER, 1963 - 64). Učitel ve škole při nemocnici bývá hned od prvního setkání s žákem rovněž postaven před problém, jak současně pozorovat a vyučovat, diagnostikovat a porovnávat. Dobrý speciální pedagog má mít proto nejen velké zkušenosti a znalosti, ale vyznačovat se fantazií a pedagogickou intuicí. Má být schopen nejen jasného pozorování, ale také pedagogické improvizace, umět vycítit, co je v daném případě právě třeba (SASÍN, 1970 – 71). Pro kvalifikaci učitele či učitelky ve škole při nemocnici se očekává magisterské vzdělávání v oboru speciální pedagogika – učitelství pro základní školy se specializací somatopedie. Souhlasili bychom však s Feřtkovou, In: Švancar (1994), že samo vzdělání nestačí. Paní učitelky musí být natolik osobnostně vyzrálé, aby kontakt s žáky nejen zvládly, ale aby jim byly i oporou, aby byly schopné udržet je při dobré náladě, vdechnout jim optimismus (FEŘTKOVÁ, In: ŠVANCAR, 1994).

Intenzivní vyvažování záporných emocí (stesk po domově, pokud s dítětem nejsou rodiče, nade všechno převažující touha dětí vrátit se do dřívějšího prostředí, obavy z léčebných zákroků a strach z nemocnice) činorodostí a optimismem tedy je jednou ze zvláštností učitelovy práce. Klade značné požadavky na jeho osobnost – na jeho vyrovnanost, vztah k dětem všech věkových stupňů – od dětí předškolního věku po adolescentní mládež (SASÍN, 1970 - 71).

Důležitý je citlivý, individuální přístup s velkou mírou tolerance a pochopení problémů každého nemocného dítěte. Učit děti nejen novým vědomostem a upevňovat nabyté, ale hlavně vzájemné ohleduplnosti, pomoci jeden druhému, vede k hezkým vztahům mezi mladšími a staršími, mezi chlapci a děvčaty apod. Pohoda a příjemné a ovzduší partnerských vztahů je to nejlepší, co se může k lékům a injekcím přidat (ČÍŽKOVÁ, 1978 – 79). Nejde vždy jen o výuku, ale třeba "jen" o to popovídat si s dítětem, které se dostalo kvůli své nemoci do problémů (FEŘTKOVÁ, In: ŠVANCAR, 1994).

Pozitivum práce učitele v nemocnici pro něho samého lze spatřit v možnosti vést si a rozvíjet svoji práci s dětmi zcela svobodně, samozřejmě při zachování podmínek určených zdravotníky. Učitele může naplňovat poznávání velkého množství typů dětí i rodičů, zjímavých osobností mezi současnými dětmi i poznávání množství odlišností mezi nimi. Také možnost ověřovat si své schopnosti, rozvíjet sám sebe, neboť v rámci skupiny lidí, kteří jsou přítomni jeho práci (rodiče, děti, sestry, lékaři), není možno si dovolit dlouhodobé chyby, neúspěchy ani malou míru empatie a špatné schopnosti motivace. Kladné stránky této práce, pocit užitečnosti, potřebnosti a smysluplnosti převažují, jsou dennodenně ověřovány spokojenými dětmi, rodiči i zdravotním personálem, který si více než uvědomuje význam práce učitelek ve školách při nemocnicích.

Některé uvedené stránky učitelovy práce však rovněž mohou v sobě nést i náročnost a působit negativně. Zmíněné množství různorodých lidí, obklopujících děti a pedagoga včetně rodičů, jejichž výchovné představy se navzájem nemusí shodovat, je úloha náročná nejen pro děti,

ale mnohdy více pro pedagoga. Stejně vyčerpávající je pro učitele neustálé přerušování pedagogické činnosti z důvodu vyšetření, zákroků, příchodu nových dětí a pod. (PROKEŠOVÁ, ŽÁČKOVÁ, 2005), o chronickém nedostatku času na přímou pedagogickou práci s dětmi ani nemluvě.

Rozmanitost práce učitele ve škole při nemocnici tkví mj. ve střídání žáků různých věkových skupin, v rozdílné délce jejich hospitalizace, v rozmanitém pohybovém režimu, v různé vědomostní úrovni, v různém zájmu o učení, v různém stupni adaptace na nemocniční prostředí a v mnoha dalších činitelích ovlivňujících to, jaké je vyučování den ode dne, jaké metody a formy práce učitel zvolí v té které situaci (BALÚNOVÁ, 2003).

1. 3. 6 Organizace vyučování ve škole při nemocnici

Vyučování dětí školou povinných probíhá buď v učebně nebo přímo v nemocničním pokoji konkrétního žáka. Výhody vyučování v **učebnách** jsou mj. v tom, že zde jsou přítomny děti školního věku, pokud jsou na jednom oddělení hospitalizováni žáci stejného ročníku, je vhodné využít skupinového vyučování a uzavřená učebna je alespoň částečně uzavřena nemocničnímu ruchu (PLEVOVÁ, 1997). Mezi další výhody patří skutečnost, že učitel může u všech žáků výuku prokládat relaxačními chvilkami, učitel má větší přehled o ukončení práce žáka a může mu nabídnout další činnost a pokud si žák event. neví s úkolem rady, může se bezprostředně zeptat učitele (VÍTKOVÁ, In: PIPEKOVÁ /ed./, 2006; VÍTKOVÁ, 2006).

Ne každé oddělení však může pro výuku hospitalizovaných žáků nabídnout samostatnou místnost využívanou v dopoledních hodinách pouze k tomuto účelu. Pokud je taková místnost k dispozici, zpravila se o ní paní učitelky s dětmi dělí s mediky na praxích, se sekundárními lékaři, kteří se zde scházejí k poradám a s dalším personálem, častější variantou je tedy buď výuka v herně sloužící k zabavení dětí předškolního věku či přímo na nemocničních pokojích (DLOUHÁ, 2008). Žáci pracují ve skupině zpravidla u stolu, mohou si navzájem pomáhat, což je obvykle kladně motivuje.

Výuka na pokojích probíhá buď u jídelního stolu nebo u lůžka hospitalizovaného pacienta. Až na výjimečné případy se jedná o výuku individuální v časovém rozsahu cca 20 minut (DLOUHÁ, 2008). Trvání jedné vyučovací jednotky cca 20, nejvýše 25 minut s tím, že ji zpravidla žák tráví s paní učitelkou tráví individuálně, potvrzuje i PRŮCHOVÁ, In: RYŠAVÝ, 1998.

Pokud to není nezbytně nutné, preferuje se před individuální prací s hospitalizovaným žákem na lůžku práci u stolečku, které bývají v každém pokoji. Pro práci na lůžku byla sice vyvinuta zvláštní pomůcka, o které se tvrdí, že je to nejlepší stolek do postele, ale není tomu tak. Děti se u něj při psaní všelijak hrbí, nehledě na to, že ani osvětlení není v tomto případě ideální

(STÁRKOVÁ, In: KUKAL, 1999).

Pro potřeby administrativy školy při nemocnici se sice evidují pouze ti žáci, jejichž délka hospitalizace přesáhne tři dny, nicméně pozornost pedagogů, byť neoficiálně, je věnována i dětem, které pobývají v nemocnici dobu kratší.

Nezřídka se stává, zejména u žáků staršího školního věku, že pracuje-li paní učitelka s jedním žákem, ostatní přítomní buď po očku z postele sledují jeho výuku a nezřídka se posléze do řešení nějakého výukového problému zapojí. Byť se jedná např. o učivo dávno probírané z nižšího ročníku, je takováto forma výuky přínosná nejen pro vyučovaného žáka, ale rovněž pro spolupacienta, který výuce pouze přihlíží. Vede jej k aktivizaci, která slouží nejen k opakování již dříve probraného učiva, ale v rámci soustředění na problémový úkol či pomoc kamarádovi s výukovými obtížemi se na chvíli odpoutává od myšlenek na vlastní onemocnění a na dobu případného ukončení jeho pobytu v nemocnici. Spolupráce starších žáků s mladšími spolupacienty či s žáky vzdělávacími se podle přílohy Rámcového vzdělávacího programu (RVP) pro základní vzdělávání upravené pro žáky s lehkým mentálním postižením má i neocenitelný výchovný efekt a je konkrétní realizací integrovaného vzdělávání v praxi.

U žáků středních škol žádost o konzultaci zpravidla iniciuje sám žák, jeho dotazy směřují zejména k látce, které zcela neporozuměl a týkají se profilových či maturitních předmětů (DLOUHÁ, 2008).

1. 3. 7 Spolupráce učitele ve škole při nemocnici s kmenovou školou žáka

Učiteli ve škole při nemocnici může významně přispět učitel kmenové školy. Je-li žák hospitalizovaný na několik dnů, stačí informace o probíraném učivu od žáka samotného či od jeho rodičů. Pokud je však hospitalizován delší dobu, telefonuje učitel ve škole při nemocnici, který má žáka na starost do kmenové školy a žádá o zaslání učiva např. faxem či e-mailem. Je-li třídní učitel či učitelka dopředu seznámena se skutečností, že jeho žáka či žákyni čeká hospitalizace, ať již několikadenní či několikátýdenní, je dobré, když dá dítěti s sebou vše, co by po tu dobu potřebovalo ve své škole. Rovněž velice pomůže, když pošle škole při nemocnici rozpis učiva, které by bylo vhodné během hospitalizace probrat. Učiteli ve škole při nemocnici tak odpadne pátrání po tom, co žák umí a co ještě ne, co se od něj očekává po návratu do školy. V případě, že o hospitalizaci učitel vědět nebude, je možné poslat informace faxem či e-mailem. [http://www.skolaftn.cz/zakladni_skola.html]

Zasláním těchto informací učitel / učitelé v kmenové škole žáka nemocniční škole výrazně ušetří čas a práci – nejen samotným učitelům, ale především žákovi samotnému. Plynulé navázání výuky v nemocnici na probírané učivo v kmenové škole navíc přispívá k tomu, co už bylo řečeno, že návrat ke školní práci v původní škole v důsledku toho bývá snadnější, plynulejší. Uzdravený

žák se zařazuje do své školy bez otřesů a nepůsobí mu obtíže dohonit učivo, které se jeho spolužáci mezitím naučili. Výuka v nemocnici se tak snaží eliminovat možné psychické obtíže nejen způsobené vlastní hospitalizací, ale také, a to především, obtíže plynoucí z návratu do běžného života, mezi zdravé a výkonné spolužáky (VODOVÁ, MAREŠ, In: MAREŠ, et al., 2001).

Žáci po návratu ze zdravotnického zařízení (zejména po delším pobytu) do kmenové školy potřebují jistý čas na opětovné zapojení do školních činností. Je nutno brát na to ohled při kontrole prospěchu žáka – vhodné je, pokud třídní učitel škole při nemocnici oznámí, jak se žák zapojuje do vyučování po návratu z léčby. Takováto spolupráce učitelů má význam hlavně v případech, kdy průběh nemoci vyžaduje častější pobyt žáka ve zdravotnickém zařízení (KOLLÁROVÁ, In: LECHTA, 2010).

1. 3. 8 Úloha školy při nemocnici při vyplňování a ovlivňování volného času hospitalizovaného dítěte

Hospitalizovaní žáci bývají vyučováni pouze dopoledne, mnohde se však nemocniční škola neomezuje pouze na dopolední vyučování. Na ně navazuje odpolední zaměstnání ve školní družině, které je součástí celodenního výchovného léčebného systému. Snahou vychovatelek pracujících ve školní družině je navozovat dětem takové prostředí, aby se co nejvíce přiblížilo prostředí rodinnému. Děti se do jisté míry mohou věnovat svým zájmům a zálibám. Mají k dispozici své oblíbené hračky a drobnosti z domova, na některých odděleních také hudební nástroj, nechtějí-li zanedbávat hudební školu. Na většině dětských odděleních jsou k dispozici knihovny s dětskými knihami, řada společenských her, televize, AV a DVD přehrávač v herně či přímo na pokojích malých pacientů a různý materiál pro pracovní a výtvarnou výchovu (DLOUHÁ, 2008; DLOUHÁ, BLAHUTKOVÁ, 2008a). Problematicke volného času hospitalizovaných dětí bude věnována kapitola 1.6.

Z konkrétních aktivit, na jejichž přípravě a realizaci se učitelky škol při nemocnicích podílejí, lze zmínit účast na nejrůznějších soutěžích, vytváření výrobků pro vánoční a velikonoční trhy, dále vydávání školního nemocničního časopisu, výzdoba nemocničních prostor. Dále účast na kulturních a společenských představeních, rovněž na besedách se známými osobnostmi. Jednotvárnost pobytu dětí mimo domov rovněž zpestřují vycházkami a exkurzemi, pokud to zdravotnický personál dovolí (ŽAŠKOVSKÁ, 2006).

Specifickou dobou, kdy jsou děti v nemocnici, zvláště děti dlouhodobě hospitalizované, do jisté míry „bezprizorní“, jsou **víkendy a doba prázdnin** - jak vedlejších, tak především hlavních. Pro překlenutí doby hospitalizace v tomto období byl v pražských nemocnicích – ZŠ a MŠ při VFN Ke Karlovu, ZŠ a MŠ při FN Bulovka, ZŠ a MŠ při Fakultní Thomayerově nemocnici a SŠ, ZŠ a

MŠ působící při FN Královské Vinohrady – vytvořen a realizován projekt s názvem „Zůstat v kontaktu – zvýšení kvality vzdělávání dlouhodobě hospitalizovaných dětí“ Jedním z cílů tohoto projektu je připravení speciálního prázdninového vzdělávacího programu, který dětem umožní dostudovat potřebné učivo a vzdělávat se dál např. v cizích jazycích nebo v práci s počítačem (kol. autorů, 2006).

1.3.9 Shrnutí

Školní vyučování patří bezesporu k jedné z nejvhodnějších forem zaměstnání nemocného dítěte. Pomáhá mu vrátit se k obvyklému způsobu života, vyvolává v něm pocit radosti, sebevědomí a vůli chtít se uzdravit. Vhodným způsobem odvádí pozornost dítěte od nemoci, zaměřuje jeho myšlenky k pracovním úkolům, udržuje dítě při svěžesti a stálé pracovní aktivitě. Rovněž přispívá k tomu, že se dítě v prostředí nemocničním, pro něj mnohdy neznámém, setkává s režimem dne obdobným dřívějšímu (dopoledne vyučování, odpoledne po odpočinku práce na úkolech a zábava – četba, hry, sledování televize, přijímání návštěva atd.).

Učitel ve škole při nemocnici bývá hned od prvního setkání s žákem postaven před problém, jak současně pozorovat a vyučovat, diagnostikovat a porovnávat. Dobrý speciální pedagog má mít proto nejen velké zkušenosti a znalosti, ale vyznačovat se fantazií a pedagogickou intuicí. V současnosti je leckdy nutností být nejen učitelem, ale i manažerem, s ohledem na využití finančních prostředků z grantů na podporu netradičních aktivit, na vybavení heren, učeben, nákup didaktických pomůcek aj., koordinace dobrovolnických aktivit, spolupráce s herním specialistou, je-li současně s učitelem na oddělení.

Autoři věnující se cca od 90. let 20. století problematice výchově a vzdělávání hospitalizovaných dětí, ze kterých bylo citováno v této kapitole, se zaměřují hlavně na psychoterapeutický význam školního vyučování v nemocničním prostředí. Didaktická stránka vyučovacího procesu ustupuje do pozadí. Lze se domnívat, že je to způsobeno hlavně skutečností, že se v posledních desetiletích dochází vlivem finančního tlaku na zlevnění provozu k masivnímu rušení škol při nemocnicích a v případě, že tyto zůstávají zachovány – hlavně ve velkých městech při fakultních dětských nemocnicích – dochází k oklešťování počtu učitelů na odděleních. Nejspíše proto není tolik na pořadu dne rozvoj a zkoumání didaktických metod a jejich nejefektivnějšího využití pro potřeby hospitalizovaných žáků, ale naléhavé volání po zachování instituce, která, jak již bylo řečeno, sice není v nemocnici na prvním místě, ale o jejím významu nikdo ani v nejmenším nepochybuje.

1. 4 Herní terapie v ČR

1. 4. 1. Terminologické vymezení herní terapie

Herní terapii nebo také terapii hrou v souladu s Müllerem (2005) lze v širším pojetí charakterizovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.

V užším pojetí jde o terapeutické využití hry aplikované v práci herního specialisty (MÜLLER, 2005). I toto „užší pojetí“ můžeme chápat v širším a užším kontextu. Do herní terapie v širším kontextu patří veškeré otvírání se nemocnice veřejnosti, jako jsou výstavy výrobků nemocných dětí mimo areál nemocnice, organizování různých výletů, zábavná odpoledne, divadelní představení, besídky, návštěvy zvířátek ze zoo. Dále podílení se na výzdobě celého areálu nemocnice, organizování návštěv dětí z běžných mateřských a základních škol v nemocnici. Herní terapií v užším slova smyslu chápeme jako samostatnou přípravu dětí na zákroky a vyšetření a jejich následné uvolnění. Tuto oblast dále rozdělujeme na herní terapii předzákrokovou a herní terapii pozákrokovou (NEJEDLÁ, UKLEINOVÁ, 2004).

V kontextu "užšího pojetí" herní terapii, resp. profesi herního specialisty, charakterizuje i Valenta (1999). Uvádí, že herní terapie je zaměřena na přípravu dětského pacienta na diagnostický či léčebný zákrok. Kromě této vlastní přípravy dětskému pacientovi pomáhá pochopit důvody jeho hospitalizace v nemocnici a podílí se tak na snižování psychické tenze nejen u něho samotného, ale také u rodičů, případně sourozenců (VALENTA, 1999).

Ani v České republice, kde je role herního specialisty poměrně nová, ani v anglosaském světě, odkud vzešla, nepanuje úplná terminologická jednotnost (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001). Královec se domnívá, že je nutné si především ujasnit, v čem práce herního specialisty spočívá, kdo jím je a kdo není, a ustavit pro výkon této profese jasná pravidla a podmínky. „*Obávám se, že největším problémem při zavádění herních specialistů do praxe je rostoucí módnost oboru a poměrně chabé obecné povědomí o tom, co vlastně obnáší. Mnoho lidí má pocit, že hra je vlastně cosi tak snadného, nevážného, bezbřehého, že herním specialistou může být každý.*“ KRÁLOVEC, In: NEDOROSTOVÁ, 2008. Je zde určitá terminologická rozkolísanost. Často se setkáváme s označením **herní terapeut** (hrozí ovšem záměna s "hrovým terapeutem" v psychoterapii. Tento využívá psychologicko-výchovné či klinickodidaktické metody, které stimulují dítě k vyjádření vnitřních stavů, tlumí jeho negativní emoce, dovoluje dítěti se odreagovat. Navozuje příznivé očekávání, slouží ke korekci chybných představ (např. o bolestivých výkonech) a k předvádění strategií, jak zvládnout zátěžovou situaci (MAREŠ, In: MAREŠ et al., 1997). Přesnější je označení **herní pracovník** nebo **herní specialista** – pro potřeby této práce se přidržíme tohoto označení. V britské angličtině jsou nejčastějšími termíny *play-specialist* a *playworker* – mezi nimi se však

někdy rozlišuje v závislosti na stupni získané odborné kvalifikace –, a podle britské profesní organizace herních specialistů prý pro tuto funkci existuje ještě asi dvacet dalších v praxi užívaných výrazů; Američané se kloní k označení *child-life specialist*, tedy "odborník na život dítěte" (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001).

1. 4. 2 Zavádění profese herního specialisty na dětská oddělení v rámci humanizace nemocnic

Poslání herního specialisty začalo být v České republice postupně naplňováno v souvislosti s uplatňováním principu „Family Centered Care“ (FCC) v koncepci péče o nemocné děti.

Herní terapie, pokud je na dětských odděleních realizována, významně přispívá k prosazování komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a pomáhá pečovat nejen o dobrý psychický stav hospitalizovaných (nebo ambulantně léčených) dětí a mladistvých, ale i o jejich rodiče (MÜLLER, 2005).

Zavádění profese herního specialisty na dětská oddělení je názorným příkladem toho, že pacient přestal být chápán jako jen jakýsi objekt odborné péče. Respektování individuálních potřeb pacienta, navázání správného kontaktu a snahu o snížení negativních dopadů nemoci a si dětští pacienti jistě zaslouží (POHUNEK, 1994). O tom, že citlivý přístup, respektující pacienta s jeho individuálními problémy a potřebami, by se měl stát standardem ve všech nemocnicích a na všech odděleních, minimálně tedy na těch dětských, hovoří i BENDOVIÁ, 2003.

Nemocné dítě má i svůj svět mimo nemocnici – svět, kde mnohé ztrácí i nalézá, svět, odkud do nemocnice přišlo a kam se chce vrátit. Těžce nemocné děti a děti dlouhodobě hospitalizované se vracejí změněny svou novou bolestnou zkušeností. Doba nemoci a hospitalizace není nějakou odbočkou na životní pouti, je její podstatnou součástí. A je v rukou právě dospělých – rodičů, laické veřejnosti a všech zúčastněných z řad pracovníků pomáhajících profesí, aby se nemocné děti necítily se svou novou zkušeností mezi ostatními jako malí cizinci. [<http://www.klicek.org/hospital/index.html>]

Dítě v nemocnici nemá kontrolu nad tím, co se s ním děje. Nemůže ovlivnit režim oddělení, způsob léčby, spolupacienty na pokoji ani způsob zacházení ze strany personálu. Jsou to pro něho nové a stresující situace dítě na ně reaguje dobře známým způsobem (jak již bylo uvedeno v kapitole 1) – pláčem, odmítáním, zlobou nebo apatií. Musí se vyrovnat nejen s nemocí a s bolestí, ale i s dočasnou ztrátou rodinného života, kamarádů, navykklého způsobu trávení volného času. Hra je pro dítě prostředkem k pochopení světa kolem a tedy i nemoci a všeho, co se s ním v nemocnici děje. Pomocí hraček a napodobivé hry poznává vše, co mu dospělí popisují pro něj neznámými slovy a co v něm často vzbuzuje jen strach a úzkost. Dobře zvolené programy, vhodné a bezpečné prostředí, vyškolený personál, přítomnost matky, to vše jsou momenty, které usnadní a zpříjemní dítěti život, podpoří jeho vlastní rezervy a pomohou mu překonat smutek, strach, bolest, beznaděj

(ŘEZNÍČKOVÁ, 1998).

K tomuto je nutné doplnit, že je užitečné rozlišovat terapeutické užití hry, kdy si dítě hraje samo či si s ním příležitostně hraje rodič, nad rámec své pracovní náplně zdravotní sestra, učitelka či vychovatelka školy při nemocnici od profesionálně koncipované terapie vedené specialistou – herním terapeutem – psychologem, jehož charakteristika byla zmíněna výše (McGRATH, UNRUTH, 1993, In: MAREŠ, In: MAREŠ et al., 1997).

Od devadesátých let zakladatelé nadačního fondu Klíček započali svoje snahy o zlepšení podmínek hospitalizovaných dětí v nemocnici tím, že se snažili přijít na to, jaký vliv má na dětské pacienty prostředí nemocnice. Na počátku vnímali především prostředí předmětné s tím, že lepší – li se materiální prostředí, tj. bude-li hezké, bude pobyt v něm pro děti snazší. Blízký osobní kontakt s nemocnými dětmi a jejich rodiči však záhy ukázal, že je takovýto předpoklad iluzorní. Krása věci stojí hluboko pod kvalitou vztahů a to, jak děti prožívají nemoc a hospitalizaci, je prvotně určováno tím, koho mají okolo sebe, s jakými lidmi se setkávají a jací vůči nim tito lidé jsou, a zcela klíčové pak je, zda pobyt v nemocnici znamená odloučení od rodičů či jiných blízkých nebo ne.

V uplynulých letech se poněkud módním tématem stala humanizace nemocnic, jenomže humanizace znamená především změnu vztahů mezi lidmi a změnu základních hodnot, jenž naše zdravotnické instituce vyznávají. Veškeré nemocniční výzdoba zahrnující veselé obrázky a plastiky na stěnách a herny plné hraček mají svůj půvab a bezesporu jsou žádoucí, rozhodně nemocniční oddělení zútulňují, nicméně spíše než projevem humanizace jsou projevem estetizace, a ta je sice efektní a nekonfliktní, ale bez skutečné vnitřní proměny bohužel samoúčelná.

Naplňováním humanizačních snah jsou především kroky vedoucí k proměně sociálního prostředí, a to jednak změnou pojetí stávajících rolí, zejména rolí rodičů, dětského pacienta samotného, sester a lékařů – ve vzájemném kontaktu, dále zaváděním nových rolí, jako jsou dobrovolníci, nemocniční kaplani a herní specialisté. [<http://www.klicek.org/hospital/index.html>]

1. 4. 3 Historie vzniku profese herního specialisty v České republice

Zásadní iniciativa k zavedení profese herního specialisty do českých dětských nemocničních oddělení při šla po roce 1990 z Anglie. Psycholožka Peg Belson, MBE, BA, Ph.D a MUDr. Olga Starková do České republiky přinesly myšlenku o nezastupitelnosti hry pro nemocné děti, dovezly řadu metodických materiálů, zprostředkovaly tamní zkušenosti (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

První herní specialistkou v České republice se stala Bc. Alice Řezníčková ze Společnosti pro herní práci. V roce 1995 dostala díky již zmíněným Olze Starkové a Peg Belson z Londýna možnost vycestovat na týdenní stáž do Velké Británie. V následujících letech se tam ještě několikrát vrátila, aby absolvovala kurz herní práce s dětmi v nemocnici. V roce 1998 složila ústní zkoušku a následně obdržela certifikát pro práci herního specialisty, v r. 2004 ukončila bakalářské studium

sociální práce a absolvovala množství kurzů a školení pro pracovníky pomáhajících profesí. V současné době sice pracuje jako herní specialistka, ale jelikož však v České republice není herní specialista prozatím zakotven v katalogu prací, je oficiálně zaměstnaná jako registrovaná dětská sestra - specialistka, zdravotní sestra, která neposkytuje odbornou ošetrovatelskou péči, ale doplňuje tým zdravotníků o další rozměr – cíleně se stará o psychosociální potřeby rodiny. To, že se tak stalo, vyvstalo z nutnosti vytvořit prostředí pro rodiče malých pacientů – v roce 1993 byla totiž ve FN Motol na ubytovně sester vyčleněna lůžka pro rodiče, aby i mimopražští mohli doprovázet své děti po dobu léčby a nemuseli odjíždět domů. Na oddělení tak byla najednou přítomna početná skupina rodičů, kteří potřebovali informace, psychickou podporu, praktickou pomoc v cizím prostředí nebo někoho, komu se mohou vypovídat. Děti zase potřebovaly vysvětlit, co se s nimi děje, proč jsou v nemocnici, nebo jak si mohou léčbu ulehčit či zpříjemnit. Ke svému profesionálnímu přerodu“ ze sálové a staniční sestry na lůžkovém oddělení na kontaktní sestru pro rodiče a větší děti, uvádí, že tento nový rozměr její profese byl pro ni nový a velmi zatěžující: „Musela jsem sama nejprve zjistit, co vlastně děti a rodiče v nemocnici potřebují, s čím mají problémy. Musela jsem si zvykat na to, že se již aktivně nepodílím na záchraně života, ale „pouze“ si s pacienty povídám a hraji. Snažila jsem se pracovat co nelépe, doplňovat vzdělání, číst odbornou literaturu, ale stále jsem pochybovala, zda dělám práci dobře. Situace jsem řešila spíš intuitivně a to mě velmi vyčerpávalo” (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008, dostupné z [http://www.zdravotickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401])

Herní specialista jakožto člen týmu, stojí ve středu všech – rodičů, dětí i zdravotníků – a měl by působit na všechny strany. Jedná se o samostatnou profesi, ale s velkými přesahy do jiných oborů – do speciální pedagogiky, psychologie, sociální práce a ošetrovatelství. Proto by herní specialista měl mít znalosti i z těchto oborů. Není však oprávněn například k psychoterapii nebo jiným specifickým úkonům. Měl by rozpoznat problém, poradit se s kolegy v týmu a případně předat pacienta příslušnému terapeutovi (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008). Musí mít rovněž základní průpravu, která se dotýká také psychologických témat. Zejména se musí dobře orientovat ve vývojových potřebách dítěte a měl by být dobrým, citlivým, nadaným, nápaditým, zkušeným a náležitě poučeným člověkem. Za nejdůležitější v této práci považuje důvěru – nelhat, nezatajovat, neslibovat nemožné, naslouchat, nebagatelizovat obavy, nehodnotit, neshazovat. Vhodná je legrace, úsměv, rovné a férové jednání (KRÁLOVEC In: NEDOROSTOVÁ, 2008). „Dát dítěti najevo, že je pro nás partnerem, kterého bereme vážně a zajímají nás jeho názory a přání. Alespoň v některých věcech nechat dítě svobodně si vybrat – kolik a jaké si přeje informace, jakou chce postel, barvu hrnku, přeje si pyžamo, nebo domácí oděv, je mu příjemnější odběr krve z levé, nebo pravé ruky a podobně. A v neposlední řadě umožnit rodině zachovávat vlastní rituály a zvyky. Je naprosto nevhodné nutit rodiče, aby v tak zátěžové situaci například přestávali kouřit

nebo na druhé straně odnaučovali dítě nosit pleny či dudlat dudlík.“ (ŘEZNÍČKOVÁ In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

1. 4. 4 Herní práce jako nedílná součást zdravotnické a pedagogické profese

V souvislosti se snahami ustanovit a legalizovat profesi herního specialisty se vedou diskuze o tom, zda zaměstnávat herního specialistu nebo zda herní terapii může převzít jako součást své práce pedagog školy při nemocnici nebo specializovaná dětská sestra. Při této diskuzi nejčastěji zaznívají tři argumenty proti zavedení samostatného herního pracovníka jako součásti interdisciplinárního týmu pečujícího o dítě v nemocnici:

1. Zaměstnávat herního specialistu není nutné, jeho činnost mohou v rámci svého povolání vykonávat pedagogové nebo zdravotnický personál

Jako argument pro zavedení samostatné profese herního specialisty na dětská oddělení a netříštění jeho aktivit mezi ostatní personál, ať již pedagogický nebo zdravotnický, jsou zkušenosti z let 1966 až 1971, kdy probíhaly pokusy o zavedení profese tzv. výkonného pracovníka do péče o děti – tzv. výchovné sestry, jejichž úkolem bylo zaměstnávat děti vedle práce učitelek mateřských a základních škol. Nápad se postupně vytrácel, jednak z finančních důvodů (ředitelé nemocnic zaplatili raději za sestru k lůžku) a sestra vyčleněná pro tuto činnost byla postupně zapojena do ošetrovatelské péče o děti. A totéž hrozí i dnes, a to nejen u středního zdravotnického personálu, ale i u pedagogů. Pokud bude speciálně vyškolený pedagog nebo sestra chtít vykonávat činnost herního specialisty v rámci své původní profese, z důvodu plnění svých hlavních profesních povinností se k této činnosti sotva kdy dostane. A i pokud se herní práce stane jeho hlavní pracovní náplní, vždy hrozí, že z důvodu nedostatku pracovníků bude odvolán zpět k vykonávání své původní profese (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

Teoreticky by zdravotní personál měl být natolik erudovaný, že by informovanost rodičů i dítěte mohl zajistit sám a herní specialista by tím pádem nebyl potřeba. Zdravotnický tým je však často upnut na to, aby poskytl dítěti tu nejlepší péči o jeho zdraví, ale horší je to s dostatkem času na vysvětlení bližších informací a vyslechnutí obav nejen dětí, ale často jejich rodičů. A zde se nabízí možnost, aby se o děti na dětských odděleních staral tým lidí, který je schopen poskytnout hospitalizovanému dítěti komplexní péči o jeho zdraví – tělesné, duševní i sociální – zdravotníků, pedagogů mateřských i základních škol při nemocnicích, herního specialisty a psychologa. Fakultativními členy týmu mohou být dle potřeby i zdravotní klauni, "návštěvy z venku" – herci, hudebníci aj. (NĚMEC In: ŠVANCAR, UN 25/ 2005).

Profesi herního specialisty v rámci svého povolání ve skutečnosti pedagogové i sestry v praxi skutečně vykonávají - speciální pedagogové, kteří prvky herní práce zakomponovali do svého výukového programu, a zdravotní sestry, které kombinují prvky herní práce s ošetrovatelskými

povinnostmi. Těch, kdo pracují jako samostatní herní specialisté, je poskrovnu (ROMOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

V této souvislosti se objevují i spekulace, zda by nebylo marné nahradit školu při nemocnici herním specialistou. Že by se zkrátka snížil počet pedagogických pracovníků působících ve škole při nemocnici – vždyť se tolik mluví o nutnosti zařazení herního specialisty na dětská oddělení – či zrušit školu při nemocnici úplně. Jako příklad těchto názorů můžeme uvést vyjádření krajské radní KÚ Vysočina: *„Po projednání předchozího návrhu jsme připravili variantu, která počítá se zrušením základních škol při nemocnicích v celém kraji. Jejich funkce se nám zdá zbytečná. Nejsou funkční, neplní úlohu, kterou měly před lety, kdy byly zakládány a kdy děti trávily v nemocnici i 14 dní. Dnes je průměrná doba pobytu dítěte v nemocnici od 3,5 do 5 dnů. V té době jsou ve fázi akutní nemoci – základní škola při nemocnici se tedy ukázala jako nadbytečná.“* A dále, že *„Mateřské školy, eventuálně družiny (podle situace té které nemocnice) bychom zachovali.“*

(MATĚJKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN č. 29/2005). Dostupné z [www: \[http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm\]](http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm)

Pracovníci mateřské školy a družiny by se stali zaměstnanci nemocnice. Ti se následně obávali, jakou dostanou náplň práce, do které platové třídy budou zařazení, že se stanou časem pomocným zdravotnickým personálem (ŠVANCAR, UN 29/2005).

K těmto názorům a tendencím (konkrétně k názoru vyjádřeném KÚ Vysočina) se vyjadřuje Ondráčková In: Švancar (2005) s tím, že se jeví jako naprosto nesmyslné, že by jeden člověk – tj. herní specialista - mohl zastat práci několika učitelů a zajistit veškeré činnosti, které škola zajišťuje. Úvahy o zrušení škol při nemocnicích a jejich nahrazení herním specialistou jsou krok zpět v péči o nemocné děti, nikoli zlepšení této péče (ONDRÁČKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN 29/2005).

2. Psychosociální potřeby dětí jsou plně uspokojovány díky humanizačním trendům na dětských odděleních (minimální omezení návštěv rodičů, příbuzných, známých, kamarádů) a možností spulohospitalizace jednoho z rodičů, herní specialista na dětských odděleních není zapotřebí.

Z klinických zkušeností práce zdravotníků i herních specialistů však vyplývá, že tento argument je mylný. Rodiče samotní bývají hospitalizací dítěte velmi rozrušení. Prožívají strach o jeho zdraví, úzkost z neznámého prostředí, pociťují nedostatek informací atd. to vše se přenáší na jejich dítě. Pokud tedy rodič má být oporou, musí být pečováno i o něj. Herní specialista by logicky měl být právě tím, kdo jim je po celou dobu hospitalizace nablízku, pomáhá jim orientovat se v neznámém prostředí, dodává jim odvalu a sebevědomí. Zaměřuje se na jejich orientaci v nemocnici, poskytuje návazné informace - nepodává lékařské informace, spíše „dovysvětluje“ to, čemu rodiče nerozumí (na což má také více času než sestra nebo lékař) a pokud zjistí, že rodič

potřebuje informace, které již nespádají do jeho kompetencí, zprostředkuje kontakt s příslušným odborným pracovníkem (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

Na tomto místě bychom rádi zmínili, že přestože se v současné době stává téměř minimálně to, že rodičům je odmítnuto být nablízku svému dítěti po celou dobu hospitalizace či její větší část, jsou rodiče, kteří, byť by si to přáli, z rodinných a jiných objektivních důvodů s dítětem být nemohou. Tito jsou odkázáni na občasné telefonáty na oddělení či na velice zřídka návštěvy. V takových případech nastává paradoxní situace, že zdravotnický personál jaksí samozřejmě očekává, že si to rodiče "nějak zajistí" a s dítětem budou. To, že tomu tak občas není, je pro zdravotnický personál samotný často stejně komplikovaná situace, jako pro dítě samotné a jeho rodiče. Jako zákonný zástupce by přede měl být s ním! S tím, že se stalo téměř běžné, že jsou rodiče spolu s dítětem, se stalo jaksí samozřejmé, že rodič zajišťuje kromě oševatelské péče v nejnnutnějších úkonech i adekvátní trávení volného času svého dítěte, je psychickou a sociální oporou atd. Pokud nablízku není, je to najednou z pohledu zdravotnického personálu neřešitelný problém, ze kterého automaticky viní jednak rodiče – měl si to nějak zařídit a být tady, nebo dítě – je nepřízpůsobivé, zvláštní, divné...

Př. Maminka šestiletého dítěte s Perthesovou chorobou, která se krom něho starala o cca dvouletou dceru a protože jí nefungovali babičky, nebylo možné s nemocným dítětem zůstat po celou dobu hospitalizace. U hospitalizované holčičky po operativním zákroku, kdy byla připoutána na lůžko a kdy dostala sádrový obvaz od kotníku ke kyčlím, který jí znemožňoval jakýkoli pohyb, se objevil negativismus, křik, agrese – odmítala přijímat potravu a házela nádobí po sestríčkách. Střední zdravotní personál situaci vyhodnotil tak, a mamince své stanovisko po telefomu i sdělil, že holčička má psychický problém, a že by bylo vhodné, kdyby po návratu z nemocnice zpět domů maminka kontaktovala psychologa v místě bydliště, aby tento problém vyřešil....

V takových a podobných případech by to měl být právě herní specialista, kdo by měl být po ruce jak dítěti, které musí být v nemocnici samotné, tak rodiči, pro kterého je situace stresová stejnou měrou. Poradit, utěšit, zabavit dítě, zkontaktovat psychologa, vysvětlit důvody negativismu zdravotnickému personálu atd. Paradoxem je, že v uvedeném případě v příslušné dětské nemocnici fungují jak herní specialista, tak dva psychologové i mateřská škola při nemocnici. A jediný, kdo se za holčičkou z celou dobu hospitalizace stavil, byla právě učitelka mateřské školy, cca na půl hodiny denně.... A maminka o existenci dalších odborníků ani nevěděla...

3. Děti se rodí stále méně, ubývá dětských oddělení, doba hospitalizace se zkracuje, těch pár dní to už dítě nějak vydrží.

Zmíněný argument, kromě toho, že je rovněž mylný, je navíc značně nehumánní a neetický. Pod průměrnou dobou hospitalizace se skrývají i dlouhodobé hospitalizace dětí s onkologickým či

jiným chronickým onemocněním. Kromě toho dítě může být v nemocnici traumatizováno, i když zde pobude třeba jen pár hodin. Prožitím takového traumatizujícího zážitku se pak zhoršuje schopnost dítěte spolupracovat při další hospitalizaci (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

1. 4. 5 Legislativní ukotvení profese herního specialisty a pregraduální vzdělávání herních specialistů

- **Legislativní ukotvení profese herního specialisty**

Zavedení profese herního specialisty jako samostatného zdravotnického pracovníka je v souladu s doporučeními na základě dlouholetých zkušeností NAHPS, rovněž vyplývá z požadavků Charty práv hospitalizovaného dítěte, Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o právech dítěte. S touto profesí se také počítá v návrhu nové koncepce oboru pediatrie zpracované Českou pediatrickou společností (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

Faktické realizaci tohoto požadavku nicméně stále brání nedostatečné legislativní ukotvení této profese, neujasněné kvalifikační podmínky pregraduálního vzdělávání, neexistence standardů herní práce a dal. Nejdůležitějším úkolem je prosadit obor do katalogu prací, protože dnes je zde naprosté vakuum – zákon o zdravotnických pracovnících neumožňuje pracovat ve zdravotnictví jiným než v zákoně definovaným profesím. A tak ani humanitně vzdělaný, odborně vyškolený nezdravotník nemůže být zaměstnán ve zdravotnickém zařízení jako herní specialista. Mnohá pracoviště řeší problém tak, že dětem se věnují například motivované sanitárky nebo dobrovolníci (ŘEZNÍČKOVÁ, In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

Jeden z prvních návrhů ohledně struktury a obsahu výuky herních specialistů založený na informacích získaných od Peg Belson vzešel od Olgy Stark r. 1997. Dle tohoto návrhu by vzdělání herních specialistů sestávalo z teoretické a praktické části výuky.

Teoretická část zahrnovala následující okruhy:

- Systém zdravotní péče o děti.
- Vývoj úlohy herního specialisty a herních programů v péči o děti v nemocnic.
- Vývoj dítěte od narození do dospělosti. Vývoj fyzický, citový, kognitivní, sociální a jazykový
- Teorie hry
- Stres a reakce na stres
- Péče o hospitalizované děti založená na principech Family Centered Care
- Reakce dětí na nemoc
- Reakce dětí na separaci od rodiny a hospitalizaci
- Vztah herního specialisty k nemocnému dítěti, jeho rodině, k ostatnímu personálu na

dětském oddělení

- Různý typ hry s dítětem na oddělení, na izolaci, na ohotovosti, na ambulanci a v ostatních částech nemocnice
- Návrh herny na nemocničním oddělení
- Příprava dítěte na pobyt v nemocnici
- Podpora hry nemocného dítěte, pozorování dítěte, způsob dorozumění se s dítětem, různé typy hry, použití kreslení, malování, hudby, zpěvu, různé prostředky a různé materiály pro hru
- Aktivita vztažená k domovu, pobytu v nemocnici, zapojení rodičů do hry. Podpora rodiny. Omezení strachu dítěte, příprava na různé vyšetření, operaci a léčbu
- Organizace nemocnice, nemocniční personál, lékařská terminologie, běžná onemocnění, sesterská péče, role různých členů nemocničního týmu. Role herního specialisty jako člena nemocničního týmu. Lékařské tajemství. Hygiena.
- Práce herního specialisty s chronicky nemocnými dětmi, opakovaně hospitalizovanými dětmi, dětmi dlouhodobě hospitalizovanými a dětmi v terminálním stádiu nemoci

Praktická část výuky počítala s pozorováním a vlastní prací se zdravými dětmi v různých situacích doma, v mateřské škole, ve škole a na hřišti. Dále pozorování a práci s dětmi přijatými do nemocnice pro lehčí, nekomplikované výkony a následně s dětmi se závažnými onemocněními vyžadujícími komplikované výkony, s dětmi s vrozenými vadami a s dětmi, jejichž normální vývoj byl narušen (STARK, 1997).

• **Pregraduální vzdělávání herních specialistů**

Co se týče **pregraduálního vzdělávání herních specialistů**, herní specialisté při výkonu svého povolání vycházeli a stále vycházejí ze svého dosavadního vzdělání, ať už pedagogického nebo zdravotnického, a v rámci svých možností je doplňují o nejrůznější kurzy a semináře (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001). Řada herních specialistů rovněž absolvovala školení v kinezioterapii, zejména v psychomotorických aktivitách, které lze v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení uplatňovat (BLAHUTKOVÁ, DLOUHÁ, 2008).

Využití psychomotoriky u hospitalizovaných dětí jakožto netradiční formy pohybové aktivity umožňuje i těmto dětem objevovat nové životní prostory. Mohou prostřednictvím ní uplatnit jak svoji individualitu, tak případnou spolupráci s ostatními spolupacienty na oddělení. Mohou v závislosti na svém zdravotním stavu samy volit pomůcky a vymýšlet nové hry. Nejdůležitější je, aby měly z pohybu, který mohou v rámci nemoci samy vykonávat, radost (DLOUHÝ, 2009).

Donedávna jediné existující studium je specializační, realizované na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, které je však spojeno se studiem dramaterapie a obsahově ani

rozsahem nesplňuje předpoklady pro kvalitní vzdělávání herních specialistů. Výhledově se jako nejlepší forma vzdělávání jeví kvalifikační bakalářské studium realizované na školách zdravotně sociálního charakteru /VOŠ nebo VŠ/ (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

Iniciativy k ustanovení adekvátní formy pregraduální přípravy herních specialistů v České republice se poté chopil Nadační fond Klíček, který r. 2000 oslovil vedení Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotní v Plzni s přáním, aby byl pod záštitou Fakulty humanitních studií UK v Praze vytvořen pro zájemce o herní práci program s názvem Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči. V r. 2002 byl otevřen certifikovaný studijní program s názvem Spolupráce, ve kterém je možno získat příslušné vzdělání. Střední zdravotní škola a Vyšší odborná škola zdravotní v Plzni zajišťují kromě organizační části také problematiku ošetrovatelských kurzů, Fakulta humanitních studií UK zajišťuje výuku filozofického a etického rázu a Nadační fond Klíček pořádá kurzy herní práce včetně organizace a praxe.

Při výběru studentů - uchazečů o studium v kurzu manželů Královcových - je důležitá především motivace uchazeče, dosavadní zkušenosti a praxe s dětmi, dospělými nemocnými, handicapovanými, ale rovněž dobrovolnictví v institucích i v rodině. Vstupním předpokladem je motivační rozhovor, životopis, psychická způsobilost s vyjádřením lékaře. Samozřejmostí je zájem o herní práci, morální a etické zásady, pozitivní vztah k lidem, trpělivost, empatie a schopnost sebereflexe. Zkušenosti získávají studenti jak v České republice, tak v zahraničí, zejména ve Velké Británii, kde má profese herního specialisty své kořeny a kde je součástí zdravotnické služby a je zařazena do systému zdravotní péče. Tento program je jediný v ČR, který důsledně vychází z principů Family Centered Care, tedy péče zaměřené na celou rodinu pacienta (NEDOROSTOVÁ, 2008).

Podle názoru Královce, In: Švancar (UN 25/ 2005) předchází vzdělání herního specialisty (pokud má maturitu) není podstatné, není nezbytné vysokoškolské vzdělání. Než bude mít tato profese pevnější a oficiální zakotvení, je pouze nutné, aby vystudoval výše uvedený třísemestrální kurz, který společně připravily Střední a Vyšší zdravotnická škola v Plzni, Nadační fond Klíček a Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Podobný kurz může vzniknout i jinde (KRÁLOVEC, In: ŠVANCAR, UN 25/ 2005).

Tomuto názoru oponuje Matoušková, In: Švancar (UN 25/ 2005), a v tom jí nelze než dát za pravdu, že herní specialista by měl být rozhodně vysokoškolák. Musí komunikovat s lékaři a bez dostatečné vysokoškolské erudice pro ně nebude partnerem. Společně se zdravotníky na dětském oddělení třebíčské nemocnice se shodli na tom, že herní činnost je nezdravotnická intervence, která doplňuje léčebnou činnost - a proto by ji neměl dělat zdravotník. Právě speciální pedagog, který je zaměstnán mimo zdravotnictví (speciální školou) a který přichází „zvenčí“, je podle Matouškové pro herní práci v nemocnici ideální, měl školskou profesi. Dobré by podle ní bylo, kdyby měl herní

specialista své místo v rámci studia speciální pedagogiky. Šlo by tedy o magisterské studium vycházející ze somatopedie – ovšem s výchovatelským, nikoliv učitelským zaměřením, měl by přinést hlubší informace z oblasti zdravotnictví a z psychoterapie (MATOUŠKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN 25/2005).

V květnu 2001 podalo Sdružení pro herní práci s dětmi v nemocnici společně s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska návrh na doplnění vyhlášky o způsobilosti zdravotnických pracovníků o kategorii herní specialista, která by měla spadat pod tzv. jiné odborné pracovníky ve zdravotnictví. Návrh byl předložen odboru ošetrovatelské péče MZ, zde však byl odmítnut pro „koncepční nejasnost“ s doporučením, aby se navrhovatelé tohoto doplnění obrátili na ministerstvo školství. I zde se tedy projevuje nejasnost toho, kdo by herní práci s hospitalizovanými dětmi měl provádět, zda zdravotník nebo pedagog (ŘEZNÍČKOVÁ, 2001).

Zastáncem směru, který prosazuje herního specialistu jako **zdravotnickou profesi**, je Královec In: Švancar (UN 25/2005), který požaduje, v případě že vznikne nová profese se svými kompetencemi a specifiky, aby se odlišila od profese speciálního pedagoga. Herní specialista, jak je vymezený ve světě, není pedagogem. In: Nedorostová (2008) hovoří dále o tom, že názor, že profesi herního specialisty díky svému dosavadnímu vzdělání může vykonávat každý speciální pedagog, je mylný a že tendence k „instantnímu metamorfování“ speciálních pedagogů v herní specialisty sílí s tlakem na rušení základních škol při nemocnicích (KRÁLOVEC, In: NEDOROSTOVÁ, 2008).

Tímto se staví do opozice společně s Řezníčkovou vůči Mgr. Evě Matouškové, představitelce vize herního specialisty – speciálního pedagoga. Podle Řezníčkové, In: Švancar (UN 25/2005) je herní specialista profese, která svou odborností navazuje buď na vzdělání pedagogické, nebo zdravotní. Být jen pedagogem, byť speciálním, je podle ní málo. Pedagog vzdělává – ale herní specialista by měl být někdo mezi psychologem a kamarádem... Placen by měl být podle ní jednoznačně zdravotnictvím. Jednak kvůli kompetencím (jako zdravotní pracovník má přístup k dokumentaci, může se účastnit vizit atd.), jednak kvůli tomu, že „by na tom byl lépe finančně – když se zvyšují platy, zvyšují se hlavně zdravotníkům,“ říká (ŘEZNÍČKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN 25/2005).

1. 4. 6 Současná praxe na dětských odděleních v ČR

Na herního specialistu přes veškeré snahy zastánců obou směrů herní práce, jak zdravotnického, tak speciálně pedagogického, ani v současnosti není jednotný pohled. Různé skupiny i jednotlivci po republice se herními specialisty nazývají a navzájem se zatím nedohodli na společném pohledu, ani na společném postupu - ke škodě věci (ŠVANCAR, UN 25/2005). A tak i

přes snahy o legalizaci profese herního specialisty v praxi stále mají stále navrch argumenty proti zaměstnávání herního specialisty jako samostatného pracovníka na dětských odděleních - dle údajů Státního zdravotního ústavu z r. 2001 působilo na celkem 122 dětských odděleních v roli herních specialistů pouhých dvacet pracovníků. Profese herní specialista tedy ve většině nemocnic zcela chybí, současně s tím se často ruší celá dětská oddělení, hlavně v okresích nemocnicích, pokud zůstávají zachována, ruší se školy při těchto nemocnicích, případně se masivně snižují počty jejich zaměstnanců. V takových případech veškeré činnosti, které by příslušeli herním specialistům, přebírá zdravotnický personál, ale neoficiálně, záleží to čistě na jejich dobré vůli a nadšení.

V případě, že dětská oddělení herního specialistu či herního specialisty má (jedná se většinou o dětská oddělení v krajských fakultních nemocnicích), jejich pracovní náplní je vyplnění volného času nemocných dětí, ale zejména příprava na to, co dítě v nemocnici čeká, provázení během zákroku a zaměření na specificky zdravotnické aktivity a další činnosti v souladu s kompetencemi a činnostmi herního specialisty na dětských odděleních v České republice dle ŘEZNÍČKOVÉ, In: VALENTA, 2003.

Na těchto odděleních často působí herní specialista i pedagogové, ať už učitelé nebo vychovatelé, tehdy se škola zaměřuje na své stěžejní úkoly, tj. zajišťuje kontinuitu výchovy a vzdělávání dětí a umožňuje dětem co možná bezproblémový návrat zpět do kmenové školy. Učitelé zůstávají jednou z opor a důvěrníků malých pacientů a rodičů. Pokud však oddělení herního specialistu nemá a škola ano, případně alespoň pedagoga - vychovatele, jehož pracovní náplní je vyplnění volného času hospitalizovaných dětí, bývají nedílnou součástí učitelovy i vychovatelovy práce aktivity zahrnující psychoterapeutickou přípravu dítěte na lékařská vyšetření a zákroky. Cílem těchto aktivit je zbavit dítě strachu z vyšetření, zklidnit ho (DLOUHÁ, 2008).

Přes kritiku zastánců názoru, že by herní specialista měl být zdravotník, to je právě pedagogický personál, který se na několika dětských odděleních nejen ujal přenesení myšlenek práce herních specialistů do života, ale pedagogové rovněž začali seznamovat s novými směry v péči o nemocné dítě seznamovat rodiče, širokou zdravotnickou i laickou veřejnost. Samozřejmostí se pro ně stalo doplňování medicínských znalostí, zajištění a rozšíření potřebných pomůcek a zvládání nových forem a přístupů k dětským pacientům (VALENTA, 2003).

Mezi mateřské či základní školy, které si vzaly pod svá křídla herní terapii, patří mj. Speciální mateřská škola při fakultní nemocnici v Brně, Helfertova 2 – v roce 1998 se tamější paní učitelky na doporučení zdravotnického personálu zúčastnily prvního semináře herní terapie, který pořádala „Nadace Klíček“ v Praze, následovaly další semináře v Pardubicích, v Praze, kurz herní práce s týdenní stáží v Londýně, setkání Společnosti pro herní práci v Ústí nad Labem, v Třebíči a dal. Od 1. 9. 1998 paní učitelky mateřské školy kromě výchovně vzdělávací činnosti připravují děti cíleně na jejich příjem a pobyt v nemocnici, lékařská vyšetření, zákroky a následnou léčbu až po

propuštění z nemocnice (NEJEDLÁ, UKLEINOVÁ, 2004).

Koncepce práce herního specialisty je pedagogy rovněž prováděna více než devět let na dětském oddělení Nemocnice v Třebíči. Vychází z téměř třicetileté přímé práci s dětmi a devatenáctileté práce s dětmi postiženými a nemocnými. Vznikla z potřeb hospitalizovaných dětí a jejich rodin v české nemocnici okresního typu, kde se léčí děti se širokou škálou diagnóz, pacienti společně se svými rodiči se poměrně často střídají. Veškeré herní aktivity jsou prováděny v úzké spolupráci s lékaři a sestrami a odezva z řad zdravotnického personálu i rodičovské veřejnosti je jednoznačně pozitivní.

Herní specialistka na tamějším dětském oddělení zastává názor, že herním specialistou by neměl být zdravotník, ale právě pedagog, jelikož již ze samotného názvu profese vyplývá, že základem je hra a ta je doménou pedagogů. Druhou nezbytnou teoretickou vybaveností herního specialisty je znalost psychologie a ta je rovněž součástí pregraduální přípravy pedagogů i vychovatelů. Bylo by zapotřebí vytvořit profesi herního specialisty jako nezdravotnickou, vysoce odbornou, která bude zdravotníky respektována, a jejíž posláním bude zejména pomáhat dětem v procesu uzdravování a být psychickou oporou jejich rodin (ŠVANCAR, UN 29/2005).

Spolu se zdravotnickým personálem dále vytvořili prvky práce herního specialisty a včlenili je do každodenní práce učitelů ve škole při nemocnici v Pardubicích. Aktivity v oblasti herní práce učitelé tamější školy konzultovali s bc. Alicí Řezníčkovou a svoje zkušenosti a poznatky po určité době předávali a předávají podle zájmu ostatním školám formou seminářů nebo stáží učitelů na zdejší škole (ONDRÁČKOVÁ, In: ŠVANCAR, UN 29/2005).

Do programu Herní specialista se aktivně zapojují i učitelky mateřské školy Šikulka v dětské nemocnici v České Lípě. Úzce přitom spolupracují se zdravotnickým personálem a jejich hlavním cílem je odpoutat děti od bolesti, strachu a stresu. Proto je důležité děti rozptýlit různými aktivitami a akcemi. Na každém pokoji je televize a spousta hraček. Každé oddělení má k dispozici hernu, kde děti najdou zábavu i poučení. Spolu s pacienty mohou být v nemocnici jako doprovod jejich rodiče. Děti hravou formou připravuje na jednotlivá vyšetření a operační zákroky kocour Damián spolu s loutkami Janičkou, Honzíkem a Šikulkou [<http://ms-sikulka.cz/?chapter=specms>]

To, že herní terapie nemusí být nutně pouze zdravotnickou profesí, dokumentují zkušenosti ze zahraničí, konkrétně ze semináře pořádaného pro skupinu českých lékařů a sester v Londýnském Chelsea and Westminster Hospital britským Catching Up Trust. Dle prezentovaných zkušeností je většina herních pracovníků ve Velké Británii, kolébce herní terapie, žen psychologek, psychoterapeutek či pedagožek (POHUNEK, 1994).

1. 4. 7 Náplň činnosti herního specialisty na dětských odděleních v ČR

Řezníčková, In: Valenta (2003) zmiňuje přehled kompetencí a činností herního specialisty:

- poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP (též v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým), případně v domácnosti – své služby však může poskytovat i zdravým dětem v rámci zvláštních osvětových programů
- zajišťuje přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí – doplňuje a zprostředkovává informace o potřebách dítěte ostatním zdravotníkům
- navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit, vytváří a eviduje vhodné herní programy, provádí individuální terapeutickou hru
- pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě – včetně přípravy na plánované zákroky) – pomáhá dítěti a jeho rodičům přizpůsobit se nemocničnímu prostředí - je pro ně průvodcem i kontaktní osobou
- věnuje zvláštní pozornost rodinám hůře se adaptujícím, dětem v terminálním stádiu, dětem na JIP, dětem handicapovaným, dětem z ústavů a dětských domovů (včetně jejich blízkých)
- doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky
- stará se o chod herny a její vybavení
- připravuje vhodné informační pomůcky a materiály – je řádným členem zdravotnického týmu a podílí se na jednotném týmovém řešení určitých situací
- vede a školí dobrovolníky a další herní pracovníky ve výcviku

Následující text je koncipovaný dle vymezení těchto kompetencí, které Řezníčková, In: Valenta (2003) dále nerozebírá.

- **Poskytování služeb v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP a v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým**

V osobě herního pracovníka by dětský pacient měl najít někoho, kdo je schopný pohlížet na nemocnici a všechno to, co se v ní odehrává, "dětskýma" očima, někoho, kdo bude vždycky víc "normálním člověkem" než technicky zaměřeným "zdravotnickým profesionálem", zkrátka někoho, kdo bude do určité míry i jakýmsi "advokátem" dítěte (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001).

Pokud skutečně herní specialista funguje nejen na odděleních, ale i v ambulanci, je tím, v ideálním případě, zajištěna příprava dítěte a rodiny již před přijetím do nemocnice a pokračování vhodných herních programů po celou dobu hospitalizace. Individuální práce s dětmi v **ambulanci, speciální programy „před přijetím do nemocnice“** a návody rodičům, jak doma dítě vhodnou formou na hospitalizaci připravit, to je v České republice velmi potřebná a důležitá, ale bohužel málo, nebo vůbec nevyužívaná část herní práce, jak konstatuje ŘEZNÍČKOVÁ, 2000.

Ve Velké Británii se těmito činnostem intenzivně věnují, o tom však více v kap. 6. Rozpracování rozšíření „ambulantní činnosti“ herních specialistů by i u nás bylo nesmírně žádoucí, neboť stále více zákroků a speciálních vyšetření se provádí pouze ambulantně a také hospitalizace se zkracuje na minimum. Děti se přijímají těsně před zákrokem a mnohdy není z časových důvodů možné je informovat a připravit. Veškerá příprava je na nepoučených a citově zaangažovaných rodičích, kteří se pochopitelně snaží dítě pouze uchlácholit (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

V třebíčské nemocnici je součástí práce herní specialistiky i péče o děti, resp. jejich podpora již v ambulanci, kde přebírá dítě u paní doktorky. Stává se jeho průvodcem – „nejprve mu ukáže krásné prostředí na oddělení, v první řadě hernu, kde si bude většinu dne hrát, potom ho zavede k jeho lůžku do pokoje, seznámí ho se spolupacienty, provede mu prohlídku celého oddělení. Získá si jeho důvěru: nejprve mu ukazuje ty příjemnější věci, teprve potom si s ním povídá, co bude absolvovat. Zásadou je nikdy dítěti nelhat, říci mu všechno objektivně a povzbudit ho. Na loutkách si ukážeme, které orgány se budou vyšetřovat a jak vyšetření probíhá, takže dítě přesně slyší, co ho čeká - tohle bude nepříjemné, tohle bude bolet, ale ty to vydržíš. Herní terapeut s dítětem absoluuje také všechna vyšetření, drží ho za ruku, povzbuzuje ho, všechno mu vysvětluje, je mu psychickou oporou. Důsledně spolupracuje se zdravotníky.“ MATOUŠKOVÁ, In: HAVLOVÁ, 2003).

• Osvětové programy pro zdravé děti

Na vybraných dětských odděleních se stalo téměř pravidlem, že zařízení navštěvují děti z běžných mateřských škol. Pro menší skupinku dětí společně s jejich paní učitelkou je nachystaný program, který se skládá z prohlídky oddělení, společných her s medvědem či jiným „maskotem“, loutkovým divadlem a dal. (NEJEDLÁ, UKLEINOVÁ, 2004).

Význam těchto programů spočívá v propagaci dětského oddělení, odstranění zábran a strachu při možné hospitalizaci a prevenci ochrany zdraví dětí. Na různých odděleních se postupuje individuálně dle možností prostorového vybavení a souhlasu primáře. Tato metoda je ověřená v praxi, má velmi dobrý ohlas u rodičů, školních předškolních zařízení a v neposlední řadě velmi pozitivně funguje u dětí – potencionálních pacientů, kteří se do nemocnice nebojí. Nelze však vypracovat jednotnou metodiku z výše uvedených důvodů. Jako náměty lze doporučit videokazety ze života hospitalizovaného dítěte, prezentace oddělení na veřejných akcích, ve společenských institucích apod.

MATOUŠKOVÁ, dostupné z [http://specscolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html]

Nutno zmínit skutečnost, že záštitu nad osvětovými programy pro zdravé děti převzali nejen samotní herní specialisté, kteří mají tyto programy přímo v náplni své práce, ale zvláště ty školy při nemocnici (Pardubice, Ústí nad Orlicí, Hradec Králové aj.), které pod svoje křídla převzaly právě prvky herní práce, pořádají pro děti z mateřských škol a nižších ročníků základních škol projekty k prevenci strachu z nemocničního prostředí, tj. z případné hospitalizace – „Přijďte se podívat, jak se u nás hezky stoná“. Paní učitelky s dětmi z běžných mateřských a základních škol mohou

v rámci exurzí navštívit nemocnici, kde je jim hravou formou v cca hodinovém představení vysvětlí, z jakých důvodů bývají děti do nemocnice přijímány, co je tam čeká, jak prostředí nemocnice vypadá, jak se učí nemocní žáci atp. Děti mají možnost nahlédnout do nemocničních pokojů, popovídat si s nemocnými kamarády, vyptat se na jejich zážitky v nemocničním prostředí a na oplátku jim po návratu do tříd namalovat pěkný obrázek s milým pozdravem a přáním brzkého uzdravení (DLOUHÁ, 2008).

Seznámení s nemocničním prostředím pro předškolní děti, ale i děti z I. stupně ZŠ nabízí mj. dětské oddělení třebečské nemocnice V rámci projektu Herní terapie se zdejší pracovníci společně s herním specialistou Mgr. Evou Matouškovou ze Speciálních škol v Třebíči snaží u dětí psychoterapeutickou metodou minimalizovat stres z nemocničního prostředí, zbavit dítě strachu z vyšetření a zákroků. Naučný program s preventivní lékařskou tematikou vypracovaný dětským oddělením třebečské nemocnice a Speciálních škol v Třebíči běží již dva a půl roku. Program je určen pro předškolní děti a děti do 5. tříd ZŠ a probíhá přímo na dětském oddělení. Je zaměřený na to, aby děti věděly, co je čeká, kdyby musely jít do nemocnice. Pokud má čas vrchní sestra, předvádíme "show".

Pro řadu dětí, které nemocnici se svojí školní třídou navštíví, je to prvotní seznámení, jež může mít pozitivní vliv na přístup dítěte i kupříkladu k návštěvě lékaře. Bártíková, 2003 komentuje, jak takové setkání zpravidla probíhá: „Děti rozdělí herní specialista do dvou skupin. Zatímco první skupinka si kreslí a v nemocničním prostředí se „rozkoukává“, další prochází dětským oddělením, aby si prohlédli nemocniční jídelnu, pokoj, hernu. Pro děti nejzajímavější část se odehrává na vyšetřovně. Sestra rozdá dětem fonendoskopy a začne legrace. Konečně už vím, myslí si mnozí, co ten pan doktor vlastně v těch sluchátkách slyší. Ostatně poslechnout si bušení vlastního či kamarádova srdce je pro tyhle caparty zážitek. A což teprve, když přijde na řadu Jůlinka s Vojtou. Tedy dva hadroví kamarádi - loutky zcela se podobající dvěma živým pohlavím, které se nechají dobrovolně od dětí vyšetřovat. A pozor, dokonce se operuje! Předchází tomu příprava - jednoho ze spolužáků převlečou děti za operujícího lékaře, včetně roušky a gumových rukavic, vše pod odborným dohledem a šikovným vedením s vtipným komentářem zdravotní sestry. Pak už jen stačí na lehátko ležícímu hadrovému Vojtíškovi odepnout na břicho zip a operovat ... Nebojte, srdíčko i slepé střevo jsou jen vycpané hadrové atrapy. Ale děti si v tu chvíli připadají jako na výzkumné dobrodružné výpravě. Všechny vyšetřovací metody, včetně nepříjemného prohlížení uší, krku či nosu, dětem rázem připadají jako běžná záležitost. A strach z nemocničního prostředí? Prosím vás, vždyť v té společnosti veselých barevných zvířátek koukajících všude ze zdí a mezi spoustou hraček v herně je docela fajn. A bebínka malých neposedů se zahojí o něco rychleji. Tenhle nápad odstraňovat prostřednictvím herní terapie u dětí stres z nemocnice a vyšetřování je velmi záslužný a rozhodně by neměl zapadnout"

(BÁRTÍKOVÁ, 2003,

dostupné z: [<http://www.specskolytrebic.cz/napsali2003.htm#Když%20jdou%20děti%20operovat>]

Od října 2006 zahájila projekt: „Proč se bát?“ i mateřská škola Šikulka v České Lípě. I zde je cílem připravit děti na případnou hospitalizaci. Nemocnici provádí děti loutky a seznamují je s různými druhy vyšetření. Tohoto projektu se zúčastnila většina MŠ z České Lípy a zájem mají i MŠ ze spádové oblasti. [<http://ms-sikulka.cz/?chapter=specms>]

Zdravé děti mohou na dětská oddělení zavítat i v nemocnici v Pardubicích. Tamní paní učitelky pro ně připravují speciálně připravené programy, kterými podporují jejich důvěru ke zdravotníkům a připravují je předem zábavnou a neohrožující formou na případný pobyt v nemocnici. Ondráčková, In. Dušková, uvádí, že leckomu by se mohlo zdát, že – cituji: " je zbytečné připravovat děti na něco, co je třeba v životě nepotká. Ale jak děti, tak i my dospělí míváme často

strach z neznámého. Tedy i ze zákroků, o kterých jsme třeba někde slyšeli a o kterých nevíme, jestli bolí či nebolí. Proto se snaíme, aby děti neděsily pohé představy a domněnky." Ondráčková, In: Dušková, 2005, s. 25. Například na oddělení chirurgie je dětem umožněno přesvědčit se, že sádra nebolí a že pilka, kterou se rozřezává sádrový obvaz, nemůže nikterak ublížit (ONDRÁČKOVÁ, In: DUŠKOVÁ, 2005).

- **Navrhování plánu herních aktivit, vytváření a evidování vhodných herních programů, individuální terapeutická hra**

Herní specialista dítě nevede, nepoučuje ho, neříká mu, jak se má chovat a reagovat, ale naopak mu naslouchá, vcítuje se a snaží se vidět svět dětskýma očima. Vychází z momentálních potřeb dítěte a snaží se mu pomoci uspokojovat je. Umožňuje dítěti vyjádřit hrou, co cítí a co potřebuje sdělit svému okolí (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Lze konstatovat, že **hra** jako taková je pro dítě klíčová, lze ji chápat jako nejvlastnější výrazový prostředek dítěte, určitou formu dětského jazyka. Je tudíž využívána nejen ke zjednodušení adaptace dítěte na cizí prostředí nemocnice, ale i k důkladnému zhodnocení jeho psychického stavu, odhalení potenciálních stresových problémů a nedorozumění. Hra vrací dítěti v neznámém prostředí, ve kterém se často cítí opuštěno, obklopeno množstvím nových a nepřírodných zvuků a zápachů, něco, co je pro něho známé a co je pro něho přirozenou činností. Ve hře se opět setkává s důvěrně známými předměty, realizuje své představy, symbolizuje své pocity, zhmotňuje svá přání a své strachy (POHUNEK, 1994).

Hra, která se používá pro terapeutické účely, může mít mnoho různých podob, jejím cílem je však vždy navodit příznivou, uklidňující atmosféru, při níž si dítě může odreagovat napětí, strach, úzkost. Hra rovněž funguje jako prostředek sebevyjádření, dítě může snadněji dát najevo své pocity, přehrát si některé problémy a řešit je hrou. Může se ptát dospělých na věci, které mu nejsou jasné, na hračky si představit pomůcky a prostředky, s nimiž se může v reálném provozu zdravotnického zařízení setkat (MAREŠ, In: MAREŠ, et al., 1997).

Hra je nedílnou součástí vývoje dítěte, a to nejen ve zdraví, ale také v nemoci. Umožňuje mu poznávat svět, experimentovat, bývá prostředkem, jímž dítě komunikuje s okolím, vyjadřuje své pocity, ventiluje své negativní emoce. Pokud je dítě v nemocnici ponecháno samo sobě, nehraje si se stejným soustředěním a radostí jako doma. Bez cílené pomoci dospělých se zejména malé děti stávají pasivními, přestávají si hrát a v jejich vývoji nastupuje regres. Přítomnost rodičů v nemocnici sice zbavuje většinu dětí úzkosti a strachu, ale rodiče někdy nevědomky podporují pasivitu svého dítěte tím, že neustále vyžadují, aby jejich dítě bylo v nemocni "hodné".

Herní specialista by měl dokázat připravit takový program her, aby vzbudil zájem dítěte o hru a vytvořil mu příznivé, uvolněné prostředí, v němž ustupují negativní emoce. Měl by umět i povzbudit rodiče, aby se do hry zapojili. Pozorováním společné hry rodičů a dětí získává herní

specialista hlubší vhled do rodinných vztahů i do působů reagování jejich členů na zátěž (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

Funkce, principy a přípravy terapeutické hry

Funkce, principy a přípravy terapeutické hry (tímto je míněna příprava studentů ošetrovatelství na to, jak obecně terapeutickou hru v praxi koncipovat) lze shrnout do následujících bodů, tak, jak je do českých podmínek pro studenty ošetrovateľských oborů přenesla Staňková, 1999 (přeloženo ze společného projektu Assaf HaRofeh School of Nursing of the Hebrew University, Jerusalem a The Pedagogical Center for Education, Tel Aviv a Místního zastupitelství Jaffy):

Funkcí hry s dětmi ve zdravotnických zařízeních je:

- Zhodnotit vliv pobytu v nemocnici na pocity a vnímavost dítěte.
- Připravit dítě na zákroky, které naruší jeho pohodu.
- Dát dítěti možnost své pocity ovládat.
- Umožnit dítěti své pocity vyjádřit hraním, a tak snížit stres, jemuž je vystaveno.
- Spojit pobyt dítěte v nemocnici s jeho normálním životem mimo ni.
- Využít hru jako „brain washing“ během zákroku

Principy terapeutické hry:

- Hra by měla mít určitý cíl.
- Stanovit cíl na základě potřeb dítěte.
- Vytvořit prostředí navozující atmosféru hry
- Hra má proběhnout v blízkosti místa zákroku, na bezpečném a nezastrašujícím místě.

Příprava hry by měla mít následující vývoj:

6. Seznámení se s teorií terapeutické hry a s jejím i principy
7. Výběr vhodné věkové skupiny pro daný záměr
8. Volba takového zákroku, který dítě zastrašuje
9. Pročtení literatury na toto téma, sestavení hry (STAŇKOVÁ, 1999).

- **Pomoc dítěti v porozumění nemoci a léčbě - příprava dítěte na zákrok a přehrání zážitků po zákroku**

Vlastní prožívání nemoci je odvislé od druhu nemoci. Jiné je běžné onemocnění, jako je např. zánět nosohltanu, jinak závažná jsou vleklé onemocnění či poúrazové stavy s nutností operativního zákroku. Nejhuře dítě vnímá bolest, vysoké teploty, záchvaty nebo vyštrhující zákroky, které u něj vyvolávají strach a úzkost. Zpravidla platí přímá úměra, že čím těžší nemoc, tím huře se s ní děti vyrovnávají, ale neplatí to absolutně. Jsou děti, které si jen „odřou koleno“ a následuje plačtivá

reakce, kdy se dožadují ošetření a utěšování, jiné si při závažnějších zraněních jenom krátce zapláčou a jsou schopné si dále hrát. Každé dítě je jiné ve zdraví i v nemoci a je nutné to respektovat. Svůj význam při uzdravování má předchozí výchova v rodině. Jinak se při pobytu v nemocnici projeví dítě ukázněné, zvyklé na spolupráci, jinak naopak dítě rozmazlené, neukázněné nebo zanedbané, i tomuto je tedy přizpůsobit výchovné či terapeutické působení.

I malé děti o nemoci přemýšlejí a v závislosti na věku příčinu nemoci analyzují – děti ve věku zhruba třech let v nemoci vidí cosi magického či trest za to, že zlobilo, v důsledku toho mohou být vystrašené, protože si nemoc nedokáží vysvětlit, předškolní děti mívají o nemoci většinou neúplnou a úzkostně podbarvenou představu. Děti školního věku už mají poměrně přesné informace, jak ze školy, tak od rodičů, vrstevníků či lékaře. I jejich informace mohou být zkreslené a podbarvené úzkostí, je tedy vždy důležité předem zjistit, co si dítě o své nemoci myslí (JAVŮRKOVÁ, 2001).

Příprava dítěte na zákrok

Velmi významnou součástí herní práce je cílená, individuální příprava dítěte na zákrok (operaci). Zde je nutné zdůraznit, že je vždy nutné řídit se potřebami konkrétního dítěte, jeho psychickou zralostí, věkem, zkušenostmi s pobytem v nemocnici a ochotou spolupracovat (být informován), ovšem je tolik, kolik je nezbytně nutné, mnohdy platí, že méně je více. Vždy je nutné informovat předem rodiče a vyžádat si jejich souhlas. Dítě máme seznámit jen s tím, co opravdu zažije a nikdy mu nelhat (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000). Předáváme mu informace o významu, důležitosti a průběhu vyšetření, úměrně věku a psychické vyspělosti dítěte. Je zapotřebí postupovat citlivě, vždy dodržet intimitu, respektovat stud. Herní specialista musí mít jistotu, že je dítě schopno a ochotno přijmout informace o vyšetření, které ho čeká. Toto je velice náročný úkol, vyžaduje znalost vývojové psychologie zdravého i nemocného dítěte a zejména praktickou zkušenost v práci s hospitalizovanými dětmi.

(MATOUŠKOVÁ, dostupné z [http://specscolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html])

Malé děti cca do šesti, sedmi let věku se připravují ve spolupráci s rodičem, aby stále cítily jeho ochranu a podporu. Nejvíce se osvědčuje lůžko, protože zde má dítě kousek svého území, své hračky a věci a cítí se zde relativně bezpečně. Vhodná je také klidnější část herny, zde je ale těžší zajistit pozornost dítěte a soukromí.

Větší děti a adolescenty je vhodnější informovat a připravovat odděleně od rodičů. Mají již konkrétnější otázky, ale také větší strach. Na mnoho věcí se před rodiči ostýchají ptát, nechťejí je rozrušit (např. strach ze smrti). Vždy je velmi důležité navodit před rozhovorem atmosféru důvěry a bezpečí a neustále děti ubezpečovat o tom, že nepříjemná a bolestivá léčba není trest a že společnými silami nemoc přemohou (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Je třeba zdůraznit, že třebaže je snahou herní práci ulehčit pobyt v nemocnici, nesmí to být tím způsobem, že realita bude bavena na růžovo, trápení viděné dětskýma očima bude bagatelizováno a

s dítětem se bude manipulovat a odvádět jeho pozornost. Herní specialista musí umět dítěti naslouchat a – v tom nejlepším slova smyslu profesionálně – vyhodnocovat, co je pro dítě nejlepší. Kupříkladu právě příprava dětí na chystané zákroky – v řadě našich nemocnic poslední dobou velmi populární – se v českém prostředí ne vždy děje s citem a porozuměním pro dětskou psychiku a vnímání. [<http://www.klicek.org/playwork/index.html>]

Hlavní cíle herní přípravy lze shrnout do osmi bodů:

2. Zvýšit schopnost dítěte zvládat zátěžové situace, dodávat mu odvalu a posilovat jeho sebedůvěru
3. Pomoci dítěti, aby porozumělo své nemoci i způsobu jejího léčení.
4. Zvyšovat důvěru dítěte ve zdravotníky, posilovat kladná očekávání.
5. Získávat dítě pro spolupráci.
6. Redukovat chybné názory dítěte, jeho rizikové fantazijní představy.
7. zkracovat pobyt v nemocnici a urychlovat období rekonvalescence
8. Umožňovat dítěti, aby mohlo vyjádřit své emoce.
9. Redukovat jak krátkodobé, tak dlouhodobé nepříznivé důsledky hospitalizovaného dítěte (Play Preparation Guidelines, 1994, In: MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

Velmi osvědčená metoda je **přehrávání zkušeností a zážitků po zákroku**. Dítě již není tak rozrušené a může si pomocí hry dostatečně nejen ujasnit mnoho z postupu léčby, ale zároveň si „odžít“ a vyjádřit své obavy, strach, úzkost a tak je příště lépe překonat (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Např. hrou na doktora si může dítě nepříjemné a bolestivé zážitky z nemocnice vykompenzovat. Je zapotřebí, aby *"všechny tu injekce, všechno utrpení, které v nemocnici zažije, v rámci hry třeba na doktora, nebo event. v rámci různých výtvarných technik tzv. odžilo"* (ŘEZNÍČKOVÁ In: CHVÁTALOVÁ, 1999, s. 26) a aby se na místě zbavilo svých negativních pocitů, aby si je neodnášelo důmů, aby se to následně nepřenášelo na další hospitalizaci. Protože to, co si dítě nese z nemocnice jako malé, co zažije, to ovlivňuje jeho další vztah k lékařům a k léčení vůbec (ŘEZNÍČKOVÁ In: CHVÁTALOVÁ, 1999).

- **Pomoc hospitalizovaným dětem a jejich rodičům přizpůsobit se nemocničnímu prostředí se zvláštním zřetelem na rodiny hůře se adaptující**

Herní specialista pro hospitalizované děti spolu s jejich rodiči měl být průvodcem a kontaktní osobou během léčebného procesu dítěte, problematice podpory rodičů jakožto psychické a sociální opory hospitalizovaného dítěte byla věnována kapitola 1. 2.

Herní specialista rovněž doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky. Pokud s dítětem rodič z jakéhokoli důvodu fyzicky být nemůže, rodiče zastupuje v poskytování sociální a psychické opory dítěte. Dítě zklidňuje hlazením, slovem apod. V případě nepřítomnosti

herního specialisty dítě doprovází jiná, jemu známá a důvěryhodná osoba, např. sestra, lékař apod. (MATOUŠKOVÁ, dostupné z [http://specskolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html])

Někdy se může stát, že stresy spojené s hospitalizací dítěte jsou nad síly rodičů, resp. toho, kdo tráví s dítětem nejdelší dobu, ať již formou návštěv nebo v rámci společné hospitalizace, zpravidla matky. Tuto situaci pak řeší únikem – „za všechno může personál“. Takto matkou negativně vnímaná léčba je pro dítě nepřijatelná. Nespolupracuje, je v neustálém stresu a prosí o slitování (já už budu hodný, jen mě nepíchejte). Nevhodné a nepřijatelné je takovou situaci řešit konfliktem. Matka dělá v dané situaci vše pro to, aby ona i dítě pobyt zvládli, a lépe to neumí. Je nutné s ní v klidu o všem promluvit a vysvětlit jí, jak tímto postojem dítěti škodí (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000).

Herní specialista rovněž v individuálních případech pomáhá dětem v terminálním stádiu, dětem na JIP, dětem handicapovaným, dětem z ústavní péče aj.

- **Zajišťování provozu herny a jejího materiálního vybavení**

Materiální vybavení herny včetně výběru hraček je nesmírně důležité. Oficiální nárok na hračky však mají pouze děti předškolního věku, peníze na ně poskytuje mateřské škole při nemocnici zpravidla školský úřad. Děti od šesti let mají oficiální nárok pouze na školní pomůcky. Finanční zdroje na hračky se získávají jen příležitostně, z grantových projektů či osobním jednáním se sponzory, jimiž nezřídka bývají sami rodiče nemocných dětí.

Co je nutné vzít v úvahu při vybavení nemocniční herny, podle jakého klíče se hračky vybírají? Většinou je snaha o to, aby herna měla hračky po všechny věkové kategorie, aby se děti zabavily a aby jim hračky pomohly na chvíli zapomenout, že nejsou doma u rodičů. Všechny hračky musí být *omyvatelné nebo dezinfikovatelné*. Z tohoto důvodu jsou bohužel textilní a plyšové hračky, které mají děti tolik rády, v nemocnici nevhodné.

O čistotu hraček se v nemocnici zpravidla starají sestry. Omyvatelné hračky se několik hodin dezinfikují, potom se umyjí a nechají oschnout. Společenské hry se takto udržovat nedají, ale u nich se nepředpokládá, že by si je dítě strkalo do pusy. Samozřejmostí by mělo být, aby hračky byly *bezpečné*, aby se s ní dítě nemohlo zranit, musí být zajištěna před rozebráním na prvočinitele, které by dítě mohlo spolknout a udusit se, strčit je do nosu, konečníku apod. Z psychologického hlediska by neměly děti děsit, ale zde je často nutné individuální posouzení.

Co se týče *vhodnosti tvaru, barvy a materiálu hraček*, hračky pro malé děti by měly být větší, lehké a tvarově zajímavé, s možností snadného úchopu. Nepříliš vhodné jsou hračky abstraktní, realističtější více přibližují dětem jejich normální svět. Pro předškolní věk jsou velice vhodné kubusy, stavebnice, velké panny do postýlky, velká auta. Školáci vítají různé výtvarné potřeby, stavebnice, hlavně hry – hokej, fotbal, košíkovou, hry na principu Člověče nezlob se, obrázkové

domino. Velmi oblíbené jsou rovněž puzzle.

Vzhledem ke specifčnosti prostředí je některé typy hraček vzhledem k jednotlivým věkovým skupinám nutné přizpůsobit a přetvořit, zde je možný apel na výrobce hraček, jak toto při výrobě a hraček a jejich případné modifikaci vzít v úvahu:

Pro kojence hračky zavěšené na držácích nad postýlkou, tzv. „mobily“, do kterých dítě plácá rukama dokonalý systém zajištění, aby nemohlo dojít k ohrožení dítěte uškrcením. Dále snadno uchopitelné nafukovací hračky, které dítě neprokousne. Pro starší kojence, které zvládají zvedání nohou a pánve hračky připevnitelné nad nebo po straně postýlky, do kterých lze plácet rukama a nohama, s jemným doprovodným zvukem, neboť tyto děti bývají zvýšeně dráždivé a lekavé, zvláště když jsou nemocné. Pro děti, které mají tendenci hračky vyhazovat z postýlky něco, co by umožnilo s hračkou manipulovat a zároveň ji zajistit proti vyhození z postýlky, ovšem bezpečně natolik, aby se dítě neuškrtilo.

Pro batolata a předškolní děti hračky do postele, zabudované do desky nebo stojanu, aby nepadaly na zem – na způsob puzzlů, ovšem z pevnějšího materiálu, které by měly na rubu nějaké úchyty, např. magnety nebo suché zipy a k tomu příslušnou odlehčenou desku nebo tabuli. Něco obdobného na způsob magnetické tabulky, kterou vyrábí Tofa, ale pro starší děti, aby se případně jednotlivé díly daly stavět i na sebe.

Dle zkušeností dětského neurologa a psychologa z FDN na Bulovce v Praze nemocné děti nemají rády hračky tmavých barev. Často milují červenou barvu – dle psychologie barev tato zvyšuje krevní tlak a je barvou agresivní. Obecně lze říci, že dávají přednost jasným barvám před tlumenými nebo smutnými.

□ **Význam hry a hračky pro hospitalizované dítě z psychologického hlediska**

Dítě potřebuje hračku pro kontinuitu vývoje, který by se ani pobytem v nemocnici neměl přerušovat i ke kompenzaci všeho, co mu v nemocnici schází. Hračka může být jakýmsi mostem mezi rodinou a personálem v nemocnici, mezi domácím prostředím a nemocnicí. Pokud má dítě možnost používat v nemocnici podobné hračky jako doma, je to pro něj pomoc i z hlediska psychického. Připadá si jistější, domáctější, cítí-li se dobře psychicky, lépe se uzdravuje. Dítě má v nemocnici spoustu volného času, který, pokud není naplněn hraním, je naplněn steskem po rodičích nebo obavou z toho, co se bude dít.

Hračka v nemocnici je i prostředek, kterým lze dítěti ulehčit obtížné situace, může být prostředníkem mezi dítětem a personálem, který bude dělat bolestivý nebo nepříjemný zákrok. I ten dítě lépe přijímá, má-li možnost se upnout na něco, co odvede jeho pozornost. Je dobré, když takovou hračkou manipuluje i personál (SEREGHYOVÁ, LOS, 1995).

- **Příprava vhodných informačních pomůcek a materiálů**

Pro tyto účely porozumění léčebným a diagnostickým procedurám se používá **látková figurína s odepínacími částmi těla**. Na ní se demonstruje, jak je uspořádáno tělo, případně kterou část těla je zapotřebí léčit. Dítě se aktivně zapojí do léčebného procesu a stává se tak „členem“ zdravotnického týmu (RICHARDS In: The Journal of NAHPS, Spring 1991).

Jednou z nejdůležitějších pomůcek kromě maket lidské postavy (panenky, maňásci, ...) je **fotoalbum**, ve kterém lze dětem prakticky ukázat uvedené postavy ve stejných situacích, které je čekají při pobytu v nemocnici. Každé oddělení má zpravidla své fotoalbum či fotoalbumy podle specifiky daného oddělení. Fotografie jsou seřazeny od příjmu až po propuštění z nemocnice včetně různých vyšetření a zákroků. Samozřejmě nechybějí ani fotografie přímo z operačního sálu (NEJEDLÁ, UKLEINOVÁ, 2004).

V rámci hry a manipulace s anatomickými loutkami děti přehrávají standardní nemocniční situace, ale mohou například demonstrovat, jak si představují chystanou operaci. Přitom se často odhalí množství nepochopení a nedorozumění, která v dítěti zbytečně vzbuzují strach. Někdy jde až o práci téměř detektivní (POHUNEK, 1994). Samotné operativní zákroky, tedy to, co se konkrétně odehrává během doby, ve které je dítě pod narkózou, se však zpravidla nerozebírají, vysvětlování zpravidla skončí informací, že se dítě uspí a pokračuje momentem, kdy se z narkózy probudí, aby se dítě zbytečně nestresovalo.

Klinická praxe potvrzuje, že se děti často bojí věcí, které by dospělé vůbec nenapadly. Nejde tedy jenom o vysvětlování, ale poskytnutí možnosti se na cokoli zeptat, vyřešit si obavy, které má v hlavě (ŘEZNÍČKOVÁ, In: CHVÁTALOVÁ, 1999).

Stane se, že pro pochopení toho, co se s dítětem bude dít, fotografie nestačí, proto se využívá rozmanité **literatury o lidském těle** pro děti předškolního věku. Pro ty nejmenší ilustrované leporelo až po různé encyklopedie a knížky z velké Británie. Velice vhodnou se ukázal kniha „Heč, jdu do nemocnice“ – jedná se o opravdový příběh malého pacienta předškolního věku.

Pro oblast herní terapie mají paní učitelky ze Speciální mateřské školy při FN v Brně Helfertova 2 vypracovány metodické plány, které schválila Česká školní inspekce. Jako „maskota“ používají medvídku, v „medvědí“ duchu je pojata celá výchovně vzdělávací práce – logo při vstupu do budovy školy, na každém oddělení pak má medvěd svou vlastní postýlku, svůj šatník a pod postýlkou kufřík, ve kterém mají děti všechny věci potřebné k tomu, aby nemocného medvídku vyléčily – fonendoskop, teploměr, stříkačky atp. Nemocné děti se tak dostávají do role zdravotníků a uvolní ze sebe stres a negativní zážitky, často přesně napodobují některé úkony i se slovním doprovodem.

Vhodnou pomůckou v herní terapii je **pexeso** s obrázky panenky, medvěda, maňáska, ..., kteří jsou vyobrazení při různých vyšetřeních. Lze si ho zahrát jako klasickou stolní hru, ale lze ho využít i k různým hrám a rozhovorům o pobytu dětí v nemocnici.

Ve Speciální mateřské škole při FN v Brně Helfertova 2 díky spolupráci s výtvarnou dílnou Masarykova onkologického ústavu v herní terapii využívají látkovou panenku "KAMARÁDA VNEMOCNÍCI". Dlouhodobě hospitalizované děti do stanou panenku, kterou si samostatně vymalují barevnými fixami. Panenka s nimi zůstává po celou dobu léčby a po propuštění z nemocnice si ji odnášejí domů. Stává se, že dítě na panenku označí místo, které ho bolí (NEJEDLÁ, UKLEINOVÁ, 2004).

Konkrétní využití a uzpůsobení pomůcek a herních prostor je odvislé od možností jednotlivých dětských klinik a oddělení. Záleží na zkušenosti a tvořivosti každého, jak se podaří ovlivnit nejen hernu, ale i ostatní prostory oddělení a vytvořit dětem v nemocnici bezpečné, podnětné a přátelské prostředí. Mnoho činností s dětmi může být zaměřeno právě na výzdobu a zútulnění nemocnice podle jejich vkusu a přání

Mezi prostředky a pomůcky herní práce se vedle hraček a speciálních loutek řadí využití prvků expresivních forem psychoterapie (je-li v nich herní specialista proškolen) jako muzikoterapie a arteterapie, dále tzv. „messy play“, názorné ukázkové knihy, zdravotnické pomůcky atd. (ŘEZNÍČKOVÁ, 1998). „Messy play“ jsou zábavné aktivity využívající písek, vody, barvy, lepidlo, hraní si s těstem atp. Plní několik funkcí. Napomáhají vytvářet odpočinkové přátelské prostředí a mají neocenitelnou terapeutickou cenu. Jsou jedním z hlavních činitelů, které pomáhají na jedné straně zbavit se agrese a negativních pocitů vyplývajících z vlastní nemoci a nemoci prostředí, na druhé straně mohou být zároveň velmi příjemné a uklidňující – autorka uvádí příjemné pocity při protékání písku mezi prsty či hnětení teplého těsta. Další důležitý faktor je podpora kreativity, která napomáhá rozvoji individuálních schopností, jež se podílí na vyrovnávání se se zátěžovými situacemi (PATTERSON, 1994).

- **Podílení se na jednotném týmovém řešení vzniklých stresových a neočekávaných situací komplikujících úspěšnou léčbu dítěte v rámci týmové spolupráce se zdravotnickým personálem**

Lékaři a sestry jsou často příliš zaneprázdněni a nemají dost času dítě pozorovat a naslouchat mu. Herní specialista musí být vnímavý k náladám a pocitům dítěte. V průběhu hry se dítě uvolní, což je velice důležité pro jeho další sledování. Získané informace z pozorování dítěte při herních činnostech o jeho temperamentu, celkovém naladění je pak možné předat dalším členům lékařského týmu (VODOVÁ, 1997).

Herní specialista by měl být mostem mezi dítětem a personálem, ale i rodiči (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000), podstatným článkem komunikačního řetězce mezi nemocným dítětem a lékaři, neboť lépe než ostatní dovede vstoupit do dětského světa, pochopit potřeby dítěte a podat mu informace na jeho úrovni.

Komunikace zdravotnického personálu s dětmi může totiž často vyústit ve značná nedorozumění, neboť informaci podanou lékařem si dítě interpretuje zcela po svém, na základě svých dosavadních zkušeností. Hra se proto využívá k vytváření modelových situací, v nichž jde především o zjištění skutečných pocitů dítěte, odhalení možných nedorozumění a k dodání správné informace na odpovídající úrovni a v odpovídající dávce. Důsledně se používají jednoduché výrazy, které pro dítě srozumitelně „překládají“ odborné termíny, jsou respektovány možné kulturní a etnické odlišnosti.

Velký důraz se klade na dokumentaci dosažených výsledků, které jsou pak dispozici i lékařům, sestrám, případně anesteziologům a slouží jako určitý prostředek komunikace mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu (POHUNEK, 1994).

Herní specialista rovněž vede a školí dobrovolníky a další herní pracovníky ve výcviku.

Co říci závěrem k herní terapii a její roli na dětských nemocničních odděleních v České republice? *"Je možné dát pravidla herní terapie, ne však návod na její provádění. To si musí spolu sednout primář, vrchní sestra a terapeut a vyjít z podmínek konkrétního zdravotnického zařízení ..."* Můžeme za všechny nemocné děti doufat, že časem bude, stejně jako v Anglii, i u nás běžné, že každé z nich bude mít v nemocnici svého anděla ... A mezi námi - přála bych to časem i nám dospělým.“ MATOUŠKOVÁ, In: HAVLOVÁ, 2003, dostupné z:

[<http://www.specskolytrebic.cz/napsali2003.htm#Když%20jdou%20dět%20operovat>]

1. 4. 8 Shrnutí

Zavádění profese herního specialisty na dětská oddělení v rámci humanizace nemocnic začalo být v České republice postupně naplňováno v souvislosti s uplatňováním principu „Family Centered Care“ v koncepci péče o nemocné děti. Herní terapie, pokud je na dětských odděleních realizována, významně přispívá k prosazování komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a pomáhá pečovat nejen o dobrý psychický stav hospitalizovaných (nebo ambulantně léčených) dětí a mladistvých, ale i o jejich rodiče (MÜLLER, 2005). Zásadní iniciativa k zavedení profese herního specialisty do českých dětských nemocničních oddělení přišla po roce 1990 z Anglie. Peg Belson, MBE, BA, Ph.D. a MUDr. Olga Starková do České republiky přinesly myšlenku o nezastupitelnosti hry pro nemocné děti, dovezly řadu metodických materiálů, zprostředkovaly tamní zkušenosti (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001). První herní specialistkou v České republice se stala bc. Alice Řezníčková.

Upozornili jsme na skutečnost, že ani v České republice, kde je role herního specialisty poměrně nová, ani v anglosaském světě, odkud vzešla, nepanuje úplná terminologická jednotnota. Lze se setkat s řadou termínů - herní terapeut, zde ovšem hrozí ovšem záměna s "hrovým terapeutem" v psychoterapii či termínem herní pracovník; v britské angličtině s označením play-specialist a

playworker – mezi nimi se však někdy rozlišuje v závislosti na stupni získané odborné kvalifikace, a s řadou dalších v praxi užívaných výrazů, jež se rovněž odvozují od dosaženého vzdělání. Američané se kloní k označení child-life specialist, tedy "odborník na život dítěte" (KRÁLOVEC, KRÁLOVCOVÁ, 2001). Jak již v textu bylo zmíněno, pro potřeby této práce autorka používá pojem herní specialista.

V souvislosti s odvozováním názvu od dosaženého vzdělání však v České republice co se týče pregraduální přípravy herních specialistů stále není ujasněné, zda pro výkon profese stačí středoškolské vzdělání, nebo zda je nutnost vysokoškolského vzdělání, a pokud ano, jaké, zda zdravotnické, nebo pedagogické, resp. speciálně pedagogické. Je otázkou, nakolik jsou na vině rozpory zastánců speciálně pedagogického a zdravotnického směru herní práce, že se tito nebyli schopni doposud dohodnout na jednotném postupu při prosazení této navýsost důležité a prospěšné profese do katalogu prací, nebo zda právě absence profese herního specialisty blokuje další kroky vedoucí k ujasnění profesionalizace této profese v oblasti legislativní ukotvení této profese, pregraduálního vzdělávání, ujasnění kvalifikačních podmínek pregraduálního vzdělávání, vytvoření standardů herní práce, a dal.

Výrazné spory hlavních představitelů oboru herní práce se vedou o to, zda by herní specialista měla být zdravotnická profese, nebo vysoce odborná nezdravotnická, a jaké vzdělání je pro tuto profesi dostačující – zda střední odborné, nástavbové nebo vysokoškolské, zakončené titulem bc. nebo mgr., případně nadstavba původně dosaženého vzdělání buď zdravotnického, nebo speciálně pedagogického. Názor autorky práce na to, zda má herní specialista být zdravotník či speciální pedagog, byť jednoznačná odpověď na tuto otázku není úplně jednoduchá, zazní v závěrech a doporučeních pro speciálně pedagogickou praxi.

K vymezení náplně činnosti herního specialisty na dětských odděleních v České republice jsme se přidrželi klasifikace Řezníčkové In: Valenta, 2003. Jelikož se z velké části inspirovala při vymezení kompetencí herního specialisty pro potřebu českých nemocničních oddělení z praxe ve Velké Británii, shrnutí této části včetně možnosti inspirace z klinické praxe anglických herních specialistů pro potřeby českých nemocničních oddělení uvedeme ve shrnutí kapitoly 1. 5.

1.5 Herní terapie v zemi jejího vzniku

1. 5. 1 Původ vzniku herní terapie

Vývoj péče o děti v anglických nemocnicích byl velmi pozvolný a trvalo desítky let, než dosáhl nynějšího standardu. První iniciativa vedoucí ke změně vzešla z řad matek hospitalizovaných dětí, matky založily spolek Mother Care for Children in Hospital. Tyto asociace a spolky se nejdříve snažily o prosazení častějších delších kontaktů matek s mladšími hospitalizovanými dětmi. Podporovaly myšlenku společného ubytování matky malých hospitalizovaných dětí v nemocnicích – zasazovaly se o vznik ubytovacích míst pro matky s nemocnými dětmi, o vznik samostatných oddělení pro starší a pro mladší děti. Bojovaly za naplnění práva rodiny být s dítětem před operací a po ní, o právo doprovázet své dítě na vyšetření a účastnit se některých výkonů, a samozřejmě za právo dítěte na hru a aktivní život v rámci jeho zdravotních možností (ZDĚNKOVÁ, 2001).

Někteří zdravotníci, zejména James Robertson z Tavistockého institutu mezilidských vztahů, se k iniciativě rodičů přidali a poukazovali na skutečnost, že dosavadí zažitý způsob zacházení s hospitalizovanými dětmi a jejich rodiči neprospívá léčbě a ohrožuje jejich psychiku.

Hra jako prostředek komunikace s nemocným dítětem se objevuje poprvé ve Velké Británii, a to již v roce 1959, v tzv. Plattově zprávě (Report of Platt Committee) nazvané Welfare children in Hospital /„Blaho dítěte, resp. dětí v nemocnici“/ (POHUNEK, 1994). Tato zpráva zmapovala reálný stav péče o dětské pacienty v britských nemocnicích a „způsobila malé zemětřesení“ (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001, s. 27). Odborná i laická veřejnost na to zareagovala založením nové organizace, která měla bránit práva nemocných dětí - National Association for Welfare of Children in Hospital, která funguje dodnes pod názvem Action for Sick Children (BELSON, 1993).

První experimentální herní program byl zaveden roku 1963 v Brook Hospital v Londýně a další aktivity rychle následovaly (POHUNEK, 1994). Nutno dodat, že toto ověřování hry jakožto běžné složky ošetrovatelské péče o hospitalizované děti bylo z počátku stále v rukou nadšenců – samouků. Trvalo ještě dlouho, než se tato myšlenka ujala natolik, že bylo možné spustit první odborné kurzy pro herní specialisty (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

V roce 1972 „Expertní skupina pro hru v nemocnici“ doporučila zaměstnávání odborně vyškolených herních specialistů a hned o rok později se konal první kurz. Od roku 1988 jsou v tomto oboru zavedeny i postgraduální kvalifikační zkoušky (POHUNEK, 1994). Důvodem pro jeho zavedení byla snaha přizpůsobit prostředí nemocnice potřebám dětského pacienta a zajímavé je, že první herní specialisté (tenkrát herní pracovníci nebyli připravováni, zaváděni a placeni rezortem zdravotnictví, ale neziskovou organizací Save the Children Fund).
[<http://www.klicek.org/playwork/index.html>]

V roce 1976 byla založena organizace NAHPS – The National Association of Hospital Playstaff (Národní asociace nemocničního herního personálu). Jedná se o profesionální organizaci herních specialistů, která se zabývá zlepšováním kvality hry pro všechny děti v nemocnici.

- 1) Zasazuje se za uspokojování citových potřeb všech hospitalizovaných dětí a dospívajících,
- 2) sdružuje profesionální kvalifikovaný herní personál,
- 3) zajišťuje nepřetržité vzdělávání a nabízí podporu i radu jejím členům,
- 4) úzce spolupracuje s ostatními organizacemi, které jsou začleněny do péče o dítě v nemocnici,
- 5) publikuje profesionální časopisy, noviny a informační letáky

NAHPS dále vydává časopis The Journal of NAHPS, který v současnosti vychází 2x ročně. Obsahuje příspěvky herních specialistů, které popisují jejich zkušenosti, nabízí náměty pro práci s dětmi s konkrétním onemocněním, dělí se se čtenáři o svoje zážitky a problémy (WALKER, In: The Journal of NAHPS, Spring 1991, s. 5).

V roce 1976 rovněž Ministerstvo zdravotnictví Velké Británie doporučilo, aby byla hra v nemocnici prováděna pod dozorem odborně vzdělaného herního specialisty (v poměru jednoho herního pracovníka na deset dětí).

V průzkumu z roku 1996 se ukázalo, že 56% anglických nemocnic zaměstnává herní personál na dětských odděleních. Do nemocniční péče zavedla hru i řada dalších zemí – mj. USA, Holandsko, Austrálie, Kuwait a dal. [Připomínky k setkání herních pracovníků, 6.dubna 1998].

Jiné šetření v 70 dětských nemocnicích ukázalo, že např. příprava dětí na nepříjemné výkony má sice bohatou škálu možností (tištěné materiály, filmy, vyprávění, pokyny, jak zvládat nepříjemné pocity, hry, exkurze), ale v praxi se redukuje jen na pár aktivit. Herní terapie figuruje obvykle mezi prvními dvěma nejfrekventovanějšími. U odběrů krve a injekcí ji používají v 59% nemocnic, u speciálních výkonů v 74% nemocnic, u onkologických výkonů v 57% nemocnic, u chirurgických výkonů v 86% nemocnic ve Velké Británii (KOETTING O'BYRNE, et al., 1997).

V britských nemocnicích pracují specialisté, označovaní jako play staff, tedy herní pracovníci, kteří se věnují hře s dětmi a vhodnému využití volného času hospitalizovaných dětí (ZDĚNKOVÁ, 2001).

Herní pracovníci se skládají ze školených herních specialistů, bývalých dětských sester a dobrovolníků. Školení herní specialisté se v rámci své práce věnují přípravě dětí na vyšetření, informování dětí a rodičů o běžných lékařských výkonech a očekávaných zákrocích. Úzce spolupracují se zdravotními sestrami, aby měli přehled o tom, co, jak, kdy a proč se bude s dítětem dít. Ostatní herní pracovníci pomáhají s běžnými ošetrovatelskými úkony, věnují se hře s dětmi.

1. 5. 2 Úkoly a náplň práce herního specialisty na dětských odděleních ve Velké Británii

Pro potřeby této práce a lepší orientaci v textu se přidržíme struktury textu, která byla použita v podkapitole 1. 4. 7 Úkoly a náplň práce herního specialisty na dětských odděleních v ČR, volně dle Řezníčkové, In: Valenta, 2003.

- **Poskytování služeb v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP a v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým**

A) Poskytování služeb v ambulanci

První setkání dítěte s herním specialistou může probíhat již v **ambulanci**. Tímto je v ideálním případě zajištěna příprava dítěte a jeho rodiny již před přijetím do nemocnice a pokračování vhodných herních programů po celou dobu hospitalizace. Na základě svých osobních zkušeností ze stáží na dětských odděleních ve Velké Británii vnímá tuto část práce herního specialisty, zahrnující individuální práci s dětmi v ambulanci, speciální programy "před přijetím do nemocnice" a návody rodičům, jak dítě vhodnou formou na hospitalizaci připravit ŘEZNÍČKOVÁ, 2000.

Ve Wexham Park Hospital v ambulantní části s čekárnou pracuje samostatný herní pracovník, který nabízí dětem i rodičům činnost a zábavu během čekací doby. Má k dispozici kromě různých stolních her také počítač, kulečnick, stan s nafukovacími koulemi sloužící k relaxaci a hře dětí (ZDĚNKOVÁ, 2001).

Pokud dítě musí zůstat v nemocnici, seznamuje je herní specialista s novým prostředím, které je pro něj neznámé a může posilovat strach z hospitalizace. Pokud je hospitalizace plánovaná dopředu, rodiče si s herním specialistou mohou domluvit sobotní setkání, při kterém si děti mohou prohlédnout pokoj, lůžko, sociální zařízení, hernu, představit se zdravotnickému personálu na oddělení.

Jednou z nemocnic, která pořádá takováto sobotní setkání, je nemocnice v Southhamptonu. Pro rodiče s dětmi se zde nabízí možnost přijít na pediatrickou denní jednotku, do tzv. sobotního klubu. Dětem, které sem obvykle přicházejí nejen s rodiči, ale i se všemi sourozenci, je umožněno poznat prostředí, do kterého přijdou v den plánovaného výkonu. Při hře se seznámí se sestrami z jednotky, s pomocí diapozitivů je jim vysvětleno, co všechno je čeká, a mohou si vyzkoušet „nanečisto“ řadu odborných výkonů, jako je třeba měření teploty a krevního tlaku. Zlatým hřebem dne je vyhlídková cesta na operační sál, kam jsou děti za velkého jásotu hromadně odvezeny na nemocničním vozíku. V den operace však doprava bude jiná. Děti se totiž obvykle na operaci odvázejí samy, v malých elektrických džípech, které mají vyhrazená a dopravní značkou označená parkoviště u oddělení a před operačním sálem. Klasický vozík tak přijde na řadu až po operaci. Na operačním sále je dětem předvedena přípravná, vyzkoušení si kyslíkovou masku a pro pobavení dětí i přítomných dospělých se některá z maminek převlékne do operačního oděvu, který bude muset obléci, až se svým dítětem v těchto prostorách bude „naostro“ těsně do okamžiku operace a ihned po jejím skončení.

Na denní jednotce se po návratu z operačního sálu podává čaj, limonáda a sušenky. Rodiče mohou pro děti zakoupit obrázkové knížky a omalovánky o nemocnici a o tom, co se tam všechno děje. Během odpoledne se děti na oddělení obvykle tak zabydlí, že je někdy rodiče jen s obtížemi

přemlouvají k odchodu domů.

Sestry a herní specialistky, které sobotní kluby připravují a vedou, jsou přesvědčeny, že pozorují podstatně lepší adaptaci dětí na prostředí nemocnice a lepší spolupráci v den plánovaného výkonu. Akci si pochvalují i rodiče, kteří někdy sami moc nevědí, co by dítěti před plánovaným výkonem o pobytu v nemocnici řekli. O významu, který této aktivitě přikládá vedení nemocnice, svědčí to, že z původně dobrovolné aktivity se dnes stala oficiální pracovní náplň sester denní jednotky, které na sobotní kluby mají rozepisované a plně honorované služby (POHUNEK, 1994).

B) Poskytování služeb na standardním lůžkovém oddělení, na JIP

V rámci poskytování služeb herním specialistou dětem hospitalizovaným na standardním lůžkovém oddělení, včetně JIP, se osvědčilo mj. **využití hudby, event. muzikoterapie**. Práce muzikoterapeuta na lůžkovém oddělení zahrnuje povzbuzující hru, rozvoj, sebe-vyjádření a zvýšení sebeúcty prostřednictvím poslechu hudby a její produkce.

Každé muzikoterapeutické sezení zpravidla probíhá individuálně a je nahráváno na video, aby bylo možno zdokumentovat pokrok dítěte v průběhu těchto sezení. Muzikoterapie dále přispívá k prožitku, k podpoře sociálních interakcí a k rozvoji herních dovedností. Děti jsou díky ní schopni relaxovat, uvolnit napětí a stres a otevřít se pedagogovi – terapeutovi se svými starostmi.

Muzikoterapeut používá buď jen vokální prvky, nebo, jsou-li k dispozici, tak nástroje melodické – keyboardy, kytary, tak rytmické – tamburíny, bubínky atp. Některé děti, stresované pobytem v nemocnici, své přání a obavy vyjadřují snadněji zpěvem než mluveným slovem.

Využití hudby k navázání kontaktu s nemluvícími dětmi vlivem poškození CNS, a sice levé hemisféry, se velmi osvědčilo. Muzikoterapie jako standardní prostředek podpory hospitalizovaných dětí se využívá i na takových odděleních, jako jsou operační sály a pooperační oddělení, např. v Royal Manchesterské dětské nemocnici a v některých dalších odděleních po celém severu Velké Británie (McGOWAN, 1992).

• Pomoc dítěti porozumět nemoci a léčbě - Příprava dítěte na zákrok a přehrání zážitků po zákroku

To, že je pomoc dítěti porozumět nemoci a léčbě a s ní související příprava dítěte na zákrok a přehrání zážitků po zákroku nesmírně důležitá, potvrzuje již v osmdesátých letech PONTIOUS (1982). Je užitečné, když zdravotníci berou dítě jako partnera a jako dospělému mu vysvětlují, co ho čeká a co se s ním děje, ale vysvětlování musí být vedeno s ohledem na fyzický a mentální věk dítěte. Dětské myšlenkové procesy a porozumění nejsou jakousi miniaturní verzí myšlení a chápavosti dospělých. Ošetrovatelská péče o děti je neúplná, neužitečná, ba přímo škodlivá, pokud sestry používají jazyk dospělých k vysvětlování nemoci a nutných zákroků. Důvod pro často spočívá v přecenění úrovně schopnosti dítěte porozumět odborným výrazům (PONTIOUS, 1982).

Zdravotnický personál používá mnoho termínů, které jsou těžko srozumitelné i pro dospělé

natož pro děti. Slovní zásoba dětí a jejich zkušenosti jsou o poznání menší než je tomu tak u dospělých pacientů, proto děti často docházejí k (pro nás dospělé) k překvapivým závěrům a dedukcím, které si utvořily na základě našeho „odborného“ vysvětlení. Např. Jedno děvče bylo přesvědčeno, že její appendix se skládá z Kleenexu (vatové ubrousky), protože slyšelo, že appendix je tvořen z tkáně. Sestry by tedy měly přezkoumat svoji běžně používanou terminologii a přizpůsobit ji tak, aby byla co nejvíce srozumitelná dětským pacientům (JOLLY, 1981).

Jako příklad vysvětlování dítěti podstaty nemoci a nutnosti invazivního zákroku možno uvést podporu dítěte s cukrovkou a vysvětlování nutnosti píchání injekcí. „... cukr dá tvému tělu energii rychleji, když ho vstříkneme do krve, než kdyby se do těla dostal ústy přes žaludek. Doktoři a sestřičky tě nepíchají proto, že by ti chtěli jakkoli ublížit nebo tě nějak potrestat. Tvůj žaludek však potřebuje odpočívat, takže je cesta krví injekční stříkačkou jediná, kudy tvému tělu můžeme dát vodu a energii.“ PONTIOUS, 1982, s. 117.

Vlastní proces přípravy včetně přehrání zkušeností po zákroku v obecné rovině zahrnuje následující stadia:

- a) poskytnutí informací
- b) posílení a ujištění (reinfocing and reassuring)
- c) rozptýlení pozornosti
- d) hru, která následuje po skončení zákroku, rekapitulaci (post – procedural play – rekapitulation)
- e) nemocniční hra v domácím prostředí (po propuštění z nemocnice do domácího léčení) – after discharge – hospital play at home

Herní specialista při připravování si scénáře herní činnosti pro konkrétního dětského pacienta a jeho blízké musí vzít v úvahu:

- věk dítěte
- emocionální zralost
- rozvoj kognitivních schopností, jeho předchozí zkušenosti a zážitky spojené s event. předchozí hospitalizací či zdravotnickým personálem jako takovým
- individuální zranitelnost
- kulturní prostředí a jazykové zvláštnosti konkrétní rodiny, ze které dítě pochází
- dítěti by měla individuální příprava přinést co největší prospěch
- příprava může zvýšit obavy dítěte z plánovaného zákroku, je tedy nesmírně důležité nešetřit časem na podporu a ujištění
- dítě, které čeká zákrok nebo vyšetření týkající se citlivých a choulostivých částí těla, jako jsou oči, ústa, genitálie nebo anální oblast, může mít zvýšené obavy

- přestože bylo dítě připravené, může stále reagovat vztekem a nespolupracovat
- vysvětlení by mělo být pravdivé
- používat slova a výrazy, kterým dítě rozumí
- snažit se o důslednost vyhnout se matení dítěte (př. píchnout injekci, katetr nebo trubičku)
- snažit se používat správné názvy pro zákroky a přístroje, jako je katetr, anestetika a dát jasné vysvětlení
- respektovat individuální přístup: používat metody, které se hodí ke konkrétnímu dítěti (př. některé dítě zamítne panenku, ale zaujme ho maňásek, knížky nebo lidi)
- dávat informace z dětského úhlu pohledu – malé dítě potřebuje vědět pouze to, co bude bezprostředně následovat
- povzbuzovat dítě k tomu, aby neustále kladlo otázky
- úzkostlivé dítě není schopné absorbovat a pochopit všechny informace, které se mu podají najednou a může potřebovat několik setkání (schopnost zpracovat informace je limitovaná stresem)
- je důležitá doba strávená při vlastní přípravě dítěte – závisí na věku a stupni strachu, některé děti potřebují delší čas, některé děti (hlavně ty mladší) nechtějí věci vědět v předstihu, hlavně pokud se to týká injekcí
- před vlastní přípravou navázat přátelský kontakt s dítětem i jeho rodiči k navození důvěry a pocitu bezpečí
- po přípravě může napomoci shromáždit ostatní děti, které prošly stejným vyšetřením nebo zákrokem

Seznam věcí, které by si měl herní specialista zjistit před započatím přípravy dítěte, tzv.

Preparation Checklist, je jakési shrnutí nejdůležitějších informací uvedených v předchozím textu:

1. zjistit, jaké vyšetření dítě čeká a projednat to s personálem
2. zjistit, co rodiče a dítě o připravovaném zákroku ví
3. zjistit předchozí zkušenosti dítěte
4. odhadnout schopnosti rodičů a dítěte ke spolupráci
5. zjistit, kdo bude s dítětem při vyšetření
6. vybrat nejprůběhavější metodu na přípravu
7. rozhodnout, jaké metody použít k rozptýlení pozornosti dítěte

(Play preparation guidelines, In: The Journal of the National Association of Hospital Play Staff, Spring Summer, 1994)

- **Pomoc hospitalizovaným dětem a jejich rodičům přizpůsobit se nemocničnímu prostředí se zvláštním zřetelem na rodiny hůře se adaptující**

Nedílnou součástí zdravotnického týmu pečujícího o nemocné dítě jsou jeho **rodiče** či jeden z rodičů, zejména ten, kdo je s dítětem hospitalizován či kdo za ním nejčastěji chodí na návštěvy a koho dítě nejvíce vnímá jako svoji sociální oporu. Zapojení rodičů do přípravy je proto logicky jeden z prvních a nejdůležitějších kroků, který zdravotnický tým včetně herního specialisty musí učinit. Informace od rodičů poskytují cenné diagnostické údaje o temperamentových, volních a dalších osobnostních rysech dítěte, jeho předchozích kladných či negativních zkušenostech s hospitalizací. Klidnější a informovaní rodiče mohou dát dítěti více emocionální podpory a tedy posílit důvěru dítěte v úspěšnost léčby. Do přípravy lze individuálně začlenit i sourozence.

Pro postup přípravy zapojující rodiče dítěte se doporučuje:

- Dát rodičům k dispozici materiál k přípravě ještě před vlastní přípravou včetně prostoru a možnosti se k němu vyjádřit
- Ponechat na rodičích svobodné rozhodnutí, zda budou či nebudou přípravě přítomni (toto rozhodnutí závisí na tom, zda jsou rodiče k dispozici)
- Zapojit rodiče během přípravy a prodiskutovat s nimi, jako při ní budou hrát roli
- Dát dětem i rodičům množství příležitostí, aby se mohli kdykoli na cokoli zeptat, pokud je to žádoucí, sdělit dotazy dětí a rodičů sestrám nebo lékařům

(Play preparation guidelines, In: The Journal of the National Association of Hospital Play Staff, Spring Summer, 1994)

□ Podpora hospitalizované mládeže ve věku adolescence

Jak již bylo řečeno výše, herní specialista pomáhá dítěti spolu s jeho rodiči přizpůsobit se nemocničnímu prostředí – je pro ně průvodcem a kontaktní osobou. Specifickou "dětskou" skupinou je v tomto ohledu mládež ve věku adolescence. Tyto pacienti bývají zpravidla hospitalizováni bez rodičů a mívají problémy poněkud odlišné od problémů malých dětí. Jejich podpora během hospitalizace, zvolení vhodných metod přístupu je výzvou jak pro herní specialisty, tak pro zdravotnický personál samotný.

Adolescentní mládež je ve velice specifickém věku. Již se necítí být dětmi, jsou zvyklí na důstojné zacházení z řad okolí, které je do větší či míry respektuje. Nemoc spojená s pobytem v nemocnici znamená do určité míry se, byť dočasně vzdát nedávno nabytých svobod a výsad, které si s dospělostí mládež spojuje. Pocit strachu, obav z neznáma, frustrace a bezmoc mohou vyústit, ať už verbálně či neverbálně, v agresi či depresivní stavy (KUYKENDALL, 1982).

Na jedné straně by se mohlo namítnout, že už jsou „skoro dospělí“, tak ať to tedy dokáží a naučí se ovládat, nefňukat nad každou bolístkou, člověk přece musí něco vydržet. Na druhou

stranu, pokud jsou adolescenti hospitalizováni na dětském oddělení, na kterém herní specialista působí, není možné tuto specifickou skupinu ignorovat, ale v rámci kontaktu s nimi se pokusit nejen malým dětem, ale i jim pomoci dobu hospitalizace pomoci překlenout bez šrámů na duši, které mohou mít leckdy i fatální následky.

Herní specialista může pro práci s adolescentní mládeží využít řadu pohybových aktivit i nejrozumnějších materiálů, jak je zabavit, pomoci uvolnit emoce a stres.

V cizím prostředí působí celá řada faktorů, která působí na děti stresově a negativně ovlivňují zdraví, proto je třeba neustále odhalovat jejich příčiny a hledat cesty, jak zmírnit příznaky stresu, a to i formou pohybových aktivit (BLAHUTKOVÁ, CHARVÁT, 2009).

Z vybraných aktivit vhodných pro práci s hospitalizovanými adolescenty, ale nejen s nimi, a využití různých druhů materiálů, které se herním specialistům ve Velké Británii osvědčily, KUYKENDAL (1982) uvádí:

- Keramická hlína – dá se různě tvarovat, hníst, dá se do ní bušit, lze z ní vyrábět spoustu věcí
- Práce se dřevem, s kůží nabízí rovněž možnost tvůrčího vyžití a seberealizace v podobě vytvoření vlastního výrobku, který si poté dospívající může vzít s sebou domů
- boxovací pytel nebo polštář jednak konstruktivně umožňuje vybití nadměrné fyzické energie, zároveň je prevencí obrácení agrese proti zdravotnickému personálu
- k obdobnému účelu mohou posloužit házení míčků vytvořených z houbiček na mytí, frisbee, či pytlíků z naplněných čočkou nebo fazolemi, jak v herně nemocničního oddělení, tak na hřišti venku
- zvláště imobilní mládež cítí obrovskou potřebu uvolnit své potlačované emoce, frustraci a fyzickou energii
- vhodnou hrou může být i obdoba basketbalu: basketbalový koš může být vytvořen z nějakého drátku, který se připevní na dostupný nábytek na pokoji, např. na věšák na kabáty, vhodný míč je měkký dětský, nebo jeho obdoba, např. již výše uvedený míček vytvořený z houbiček na mytí, tady ovšem je zapotřebí dospělé osoby
- tato aktivitu lze využít, pokud je na pokoji více dětí podobného věku, u imobilních adolescentů je zapotřebí, aby jim někdo – spolupacient, herní specialista míč zpátky podával
- pokud by imobilní adolescent hrál sám, případně by hrálo více imobilních pacientů, dá se hra obměnit tak, že místo provizorního basketbalového koše se použije provizorní terč, který se připevní buď na zeď, nebo na dveře pokoje, míč by měli každý svůj, a tento by byl připevněn na pružné lano, jaké se používá např. při tréninku začínajících fotbalistů, aby si míč mohli kdykoli bez pomoci cizí osoby sami přitáhnout zpět

✓ pokud to zdravotní stav pacientů dovoluje, po dohodě s ošetřujícím lékařem možno v době

volna, mezi zákroky (např. u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů na kožním oddělení) s adolescenty navštívit i sportovní areál v blízkosti nemocnice, např. pro hry typu badminton, pro psychomotorické hry atp.

- ✓ Nesmírně oblíbené a vděčné jsou deskové hry – šachy, dáma, scrable, dostihy a sázky a dal. Kuykendall uvádí, že jeden turnaj v těchto hrách trval více než 7, 5 hodin, přerušovaný jenom kvůli podávání svačiny, večere a léků. Do hry se zapojili i zdravotníci a pro zúčastněné pacienty to byla výborná příležitost vidět lékaře a sestry z jiné stránky
- ✓ individuální zájmy pacientů – sbírání známek, fotografování, fotografování atp. lze dospívajícím individuálně umožnit, či tyto zájmy sdílet v rámci jakýchsi „klubů“
- ✓ (KUYKENDALL, 1982).

- **Zajišťování provozu herny a jejího materiálního vybavení**

Jako příklad vhodně řešených prostor dětského oddělení lze uvést nemocnici Wexham Park hospital. Pro malé pacienty je k dispozici 40 lůžek a ze všech dětských oddělení je možný vstup do jedné velké herny, společné pro všechna oddělení. V letních měsících je možné z této herny volně vyjít na venkovní hřiště. Hřiště v areálu nemocnice je vybaveno skluzavkami, kde o bezpečnost dbají herní pracovníci a přítomní rodiče dětí. Funguje zde zajímavý způsob rozvážení jídla v podobě poštovního vozu, v němž je vše připraveno dle předem zadaných objednávek. Je zde pamatováno i na soukro dmí starších dětí. Jejich lůžka jsou obklopena závěsy, které si děti v případě potřeby mohou kdykoli zatahnout a navodit tak pocit soukromí.

Děti mají rovněž možnost vylepovat své obrázky, přání a připomínky na zvláštní nástěnku umístěnou v prostorách herny a chodby. Je zde také samostatná nástěnka dokumentující práci herních pracovníků. Obdiv zaslouží fantazie a zručnost dětí, které si samy vyrobily své nemocniční postele (ZDĚNKOVÁ, 2001).

- **Podílení se na jednotném týmovém řešení vzniklých stresových a neočekávaných situací komplikujících úspěšnou léčbu dítěte v rámci týmové spolupráce se zdravotnickým personálem**

- ✓ Při přípravě dítěte na léčebný zákrok či vyšetření je nutné vycházet z **týmového přístupu**, který předpokládá:
- ✓ spolupráci mezi rodiči, dítětem a nemocničním personálem,
- ✓ úzkou spolupráci mezi členy nemocničního týmu včetně jednotlivých oddělení. Dobrá komunikace je základem zajištění toho, že přístup k dětským pacientům a jejich rodičům bude konzistentní a efektivní
- ✓ Příprava by měla být zdokumentována, aby bylo zajištěno, že všichni členové týmu budou obeznámeni s danými informacemi a s tím, jak dítě a jeho rodiče spolupracují.

(Play preparation guidelines, In: The Journal of the National Association of Hospital Play Staff, Spring Summer, 1994)

- **Supervize v herní práci (herní terapii)**

Motto herních specialistů je „Our work is play“ – naše práce je hra. To bezesporu, ale ne hračka. Práce herního specialisty je nesmírně náročná psychiku těch, kdo ji vykonávají. Herní specialista musí být neustále pozitivně naladěný, musí být neustále schopen se vcítit do potřeb nemocných dětí, matky se mu mohou vyplakat na rameni, sdílí společně s nimi a jejich dětmi jejich starosti a obavy. V současné době sílí trend snížit dobu nutné hospitalizace na minimum, díky tomu zůstávají na dětských odděleních hlavně děti trpící vážným onemocněním. Terapeutická hra je pro tyto děti velmi prospěšná. Jejím prostřednictvím ventilují svoje bolesti a strach a sdílí je společně s herním pracovníkem, který jim pomáhá se s nimi vyrovnat. Herní specialista se však po takovéto hře může a často také cítí velmi vyčerpaný. Někteří tento stres nezvládnou a dojde u nich k „vyhoření“. Potom již nejsou schopni sledovat dítě během hry a vnímat, co jim dítě sděluje, nebo to, jak interpretují dětské pocity, koresponduje spíše s jejich vlastními pocity úzkosti. Jiní si svoje „vyhoření“ uvědomí včas a svoji profesi dočasně nebo nastálo opustí.

Nejlepší prevence syndromu burn out je možnost vyhledání podpory ke zvládnutí svého emocionálního napětí z práce u člověka, který na jejich práci dohlíží, a to možná co nejčastěji. S tímto člověkem prodiskutovat emocionální reakce dětí a dát tak průchod svým pocitům, které ho tíží. Samozřejmě velmi pomáhá ochotný a vstřícný ostatní personál a častá setkání s jinými herními specialisty (WALKER, 1994).

Mosesson (1993) herního specialistu – supervisoru – označuje jako „play co-ordinator“, a vymezuje jeho roli a náplň práce v závislosti na tom, zda působí ve všeobecných nemocnicích, kde je včleněno dětské oddělení či na dětských nemocnicích. Jeho práce ve všeobecných nemocnicích spočívá hlavně v manažerských a administrativních úkonech. Součástí jeho práce je také usnadnit zavádění herních aktivit mimo ambulance. V dětské nemocnici „play co-ordinator“ působí spíše jako poradce pro zaměstnance, pokud jde o jejich každodenní problémy, jako podpora, povzbuzení, a rovněž jedná s vyšším managementem jménem herních specialistů (MOSESSON, 1993).

1. 5. 3 Shrnutí

Kapitoly 1. 4 a 1. 5 byly věnované problematice herní terapie – kapitola 5 se zabývala herní terapií v České republice, kap. 6 zmínila vybrané okruhy ze zkušeností herních pracovníků ve Velké Británii. Jak bylo předesláno ve shrnutí kapitoly 1. 4, na závěr kapitoly 1. 5 kromě shrnutí textu porovnáme, v čem jsou zkušenosti české a britské podobné, a v čem se lze z britských zkušeností vzhledem k delší tradici působení herních specialistů na dětských odděleních ve Velké Británii

inspirovat.

První iniciativa vedoucí k humanizaci britských nemocnic vzešla z řad matek hospitalizovaných dětí, matky založily spolek Mother Care for Children in Hospital. Zde lze vysledovat podobnost s humanizačními snahami v České republice, neboť i zde to byli právě rodiče hospitalizovaných dětí a projekt DAR (Děti a rodiče v nemocnici), který byl zmíněn v kapitole 1. 2. Účelem tohoto projektu bylo přizpůsobit prostředí dětských oddělení prostředí domova a vytvořit podmínky, které by umožnily rodičům začlenit se do celodenní péče o své děti v nemocnici. Tento přístup, nazývaný jako Family Centered Care, byl přejat právě z Velké Británie – mj. během posledních dvaceti let byl přijat a postupně realizován nejen u nás, ale i v řadě dalších evropských zemí.

Hra jako prostředek komunikace s nemocným dítětem se objevuje poprvé ve Velké Británii, a to již v roce 1959, v tzv. Plattově zprávě, která zmapovala reálný stav péče o dětské pacienty v britských nemocnicích. S odkazem na Pohunka (1994) bylo uvedeno, že první experimentální herní program byl zaveden roku 1963 v Brook Hospital v Londýně a další aktivity rychle následovaly. Od sedesátých let se realizují další kroky vedoucí k zavádění herních specialistů na britská nemocniční oddělení a k profesionalizace této profese- zmíněný autor uvádí příklady těchto kroků doporučení zaměstnávání odborně vyškolených herních specialistů „Expertní skupinou pro hru v nemocnici“ r. 1972, hned o rok později konání prvního kurzu a zavedení postgraduálních kvalifikačních zkoušek od r. 1988 (POHUNEK, 1994). Herní specialisté z Velké Británie mají od prvních krůčků na poli herní práce náskok více než dvacet let, lze se tedy v mnoha oblastech leccemu přiučit. Klíčovou oblastí, kde lze začít, je vymezení náplně a činnosti herních specialistů v souvislosti s dosaženým vzděláním a odbornou praxí. Jak bylo uvedeno v podkapitole 1. 5. 1, s odvoláním na Zděnkovou (2001), v britských nemocnicích pracují specialisté, označovaní jako play staff, tedy herní pracovníci, kteří se věnují hře s dětmi a vhodnému využití volného času hospitalizovaných dětí. Tito se skládají ze školených herních specialistů, bývalých dětských sester a dobrovolníků. Školení herní specialisté se v rámci své práce věnují přípravě dětí na vyšetření, informování dětí a rodičů o běžných lékařských výkonech a očekávaných zákrocích. Úzce spolupracují se zdravotními sestrami, aby měli přehled o tom, co, jak, kdy a proč se bude s dítětem dít, ostatní herní pracovníci pomáhají s běžnými ošetrovatelskými úkony, věnují se hře s dětmi (ZDĚNKOVÁ, 2001). Hra jako taková je zdrojem nových, neopakovatelných zážitků, při nichž se uplatňují všechny složky duševního života – rozum, city, fantazie. Rozvíjí se při ní lidská osobnost (BLAHUTKOVÁ, 1995).

Ve Velké Británii první setkání dítěte s herním specialistou často probíhá již v ambulanci. Je to místo prvního kontaktu s nemocnicí a tato nová zkušenost by měla být co nejvíce pozitivní. Hlavní představitelka herních specialistů v České republice vnímá jako nesmírně potřebné

rozpracování rozšíření „ambulantní činnosti“ herních specialistů i u nás, neboť stále více zákroků a speciálních vyšetření se provádí pouze ambulantně a také hospitalizace se zkracuje na minimum. Děti se přijímají těsně před zákrokem a mnohdy není z časových důvodů možné je informovat a připravit. Veškerá příprava je na nepoučených a citově zaangažovaných rodičích, kteří se pochopitelně snaží dítě pouze uchlácholit (ŘEZNÍČKOVÁ, 2000). Praxe je však taková, že pokud herní specialisté na českých dětských odděleních fungují, hlavní náplň jejich práce jsou aktivity na lůžkových odděleních. Pouze u vybraných složitějších, pro pacienta nepříjemných nebo bolestivých zákroků, dítě na ně připraví a případně ho během nich doprovází. U ambulantních zákroků jsou s dítětem většinou rodiče, a tak se herní specialista v těchto případech spíše zaměřuje na děti, u kterých z jakéhokoli důvodu být jeden z rodičů během výkonu nemůže být přítomen.

Velice zajímavou součástí práce herního specialisty v britských nemocnicích jsou sobotní setkání s rodiči a dětmi, které hospitalizace čeká. V českých nemocnicích je pro realizaci takovéto aktivity limitující to, že herních specialistů není mnoho (v kap. 1. 4. 6 dle údajů Státního zdravotního ústavu z r. 2001 působilo na celkem 122 dětských odděleních v roli herních specialistů pouhých dvacet pracovníků) a jejich pracovní doba zpravidla nezahrnuje víkendy. Navýšení dalších činností a pracovní doby by bylo hlavně finančně náročné, tedy vzhledem k již tak hubeným rozpočtům nemocnic, kde chybí prostředky na mzdy dostatečného počtu kmenového zdravotnického personálu, natož na často vnímaný „nadstandard“ v podobě herních specialistů, téměř nerealizovatelné. Jako možné řešení se nabízí buď v rámci několikaletého grantu na vybrané dětské oddělení umístit herního specialistu, který by takovéto aktivity mohl provádět, zde by se do budoucna jako vhodný jevil právě herní specialista – zdravotník, neboť se v daném prostředí orientuje. Teoreticky by během sobotní služby toto mohla mít v náplni jedna či více zdravotních sester, ovšem opět je zde limitující stav zdravotnického personálu pro běžný provoz.

Nesmírně zajímavou se jeví podpora hospitalizované mládeže ve věku adolescence. V českém zdravotnictví totiž tito pacienti bývají ve většině případů hospitalizováni na oddělení pro dospělé, ponechání napospas sami sobě. Bylo zmíněno, že na jedné straně by se mohlo namítnout, že už jsou „skoro dospělí“, tak ať to tedy dokáží a naučí se ovládat, nefňukat nad každou bolístkou, člověk přece musí něco vydržet. Na druhou stranu, pokud jsou adolescenti hospitalizováni na dětském oddělení, na kterém herní specialista působí, není možné tuto specifickou skupinu ignorovat, ale v rámci kontaktu s nimi se pokusit nejen malým dítětem, ale i jim pomoci dobu hospitalizace pomoci překlenout bez šrámů na duši, které mohou mít leckdy i fatální následky.

Úplně samostatnou oblastí, kterou uzavíráme kap. 1. 5, je supervize v herní práci (herní terapii). Ve Velké Británii rozpracovaná, neboť na tamních dětských odděleních zpravidla působí 1 herní specialista na cca 10 pacientů, je jich tedy nepoměrně více než u nás. Náplň jejich práce i celoživotního vzdělávání v oboru se často dále profiluje se zřetelem ke konkrétnímu oddělení –

rozpracovaná se příprava dítěte a jeho rodiče na zákrok např. na oddělení popálenin, transplantačních jednotkách, chirurgie atp. Specifická, úzce zaměřená práce s sebou nese řadu problémů a nezodpovězených otázek, pro potřeby britských herních specialistů se tedy postupem času vymezili z řadových herních specialistů samostatní supervizoři – herní specialisté. Supervize v herní práci by i na českých dětských odděleních měla své opodstatnění, ale vzhledem ke stávajícím počtům herních pracovníků a nevyjasněným otázkám v oblasti profesní specializace, adekvátního vzdělání a dal. toto zatím není aktuální.

1.6 Volný čas hospitalizovaného dítěte a netradiční formy jeho vyplnění

1. 6. 1 Volný čas hospitalizovaného dítěte

Volný čas lze charakterizovat jako opak nutné práce a povinností, dobu, kdy si člověk může svobodně vybírat své činnosti, které dělá dobrovolně a rád a které mu přináší pocit uspokojení a uvolnění (PÁVKOVÁ et al., 2008). Tyto činnosti zároveň obnovují a rozvíjejí jeho tělesné a duševní schopnosti, popř. tvůrčí schopnosti. V tomto čase je člověk zcela sám sebou, nejvíce patří sám sobě, veškeré aktivity, které provozuje, ať je koná pro sebe či pro druhé, koná ze svého vnitřního popudu a zájmu (NĚMEC et al., 2002).

Volný čas dítěte v nemocnici je tedy čas, kdy dítě nečekají žádné vyšetření, lékařské zákroky či léčebné procedury, kdy nemusí plnit školní povinnosti, je to čas, se kterým může dítě do jisté míry - v závislosti na prostředí, ve kterém se nachází a na aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení - libovolně nakládat dle svého vlastního uvážení (DLOUHÁ, BLAHUTKOVÁ, 2008b).

Volnější čas dětem nastává hlavně po skončení kolotoče vizit, vyšetření, nezdídky u nich nastupuje nuda, neboť denní režim na oddělení je z pohledu dětí příliš jednotvárný. Tehdy je vhodná doba umožnit dětem relaxaci a vydovádění se, pod odborným dohledem a se zaručením maximální možné bezpečnosti. Zde je právě prostor pro profesionálně koncipovanou hru, která v nemocnici snižuje distres dítěte, usnadňuje léčbu, zkracuje dobu potřebnou k hospitalizaci a urychluje jeho rekonvalescenci (GUTVIRTH et al., 1984).

Nebezpečí toho, že by dítě v nemocnici bylo ponecháno ve volném čase „jen tak“, bez povšimnutí, je v tom, že se stane volný čas časem prázdným, v kterém bude velký prostor jednak pro již uvedenou nudu a zlobení, ale v závislosti na prostředí a na situaci, ve které se hospitalizované dítě ocitá, i na stesky, obavy a úzkosti. Aby tomu tak nebylo, stará se o volný čas hospitalizovaných dětí v nemocnicích na dětských odděleních nejen zdravotnický personál, ale i odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci: studenti středních či vysokých škol, zdravotní klauni aj. (DLOUHÁ, BLAHUTKOVÁ, 2008b).

Ne nevýznamnou roli při překlenutí volného času nemocných dětí mají i dobrovolníci – nejčastěji studenti, ale i dobrovolníci z různých nevládních organizací nebo nadací, kteří motivují děti v nemocnici k činnostem, které dělaly ve stavu naprostého zdraví, nebo je učí něco zcela nového, co si potom jako vědomost, zkušenost či zručnost mohou odnést z nemocnice domů (RADOUŠKOVÁ, VANÍČKOVÁ, 2005).

Od roku 1994 provádí Nadační fond Klíček průzkum dětských oddělení v ČR – dotazníky byla obesaána všechna dětská oddělení v ČR. O vyplnění dotazníků byli požádáni zodpovědní pracovníci jednotlivých oddělení, text obsahující jejich odpovědi je tedy jejich prezentací

aktuálního stavu na dětských odděleních v ČR. Korekturní výsledky tohoto průzkumu jsou k dispozici od 29. října 2007 na webových stránkách www.detivnemocnici.cz. [http://www.detivnemocnici.cz/republika.html]. Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina dětských oddělení umožňuje rodičům, aby byli hospitalizováni společně se svým dítětem a minimální omezení návštěv – zpravidla se nedoporučuje, aby rodiče nemocného dítěte s sebou brali velmi malé děti (kojence a batolata) a aby se návštěv zdržely osoby s akutní infekční chorobou. Samozřejmostí se v posledních letech stává skutečnost, že dítě je bráno jako partner, je mu – adekvátně jeho věku, mentální úrovni a psychické stabilitě - vysvětleno, co ho v nemocnici čeká. Na otázku, jak je zajišťován volný čas dětí v nemocnici, lékaři a zdravotní sestry uváděli jednak materiální vybavení – televizory na pokojích a hernách, dále videa, DVD přehrávače a další. Důležitou součástí volného času dětí přisuzovali škole při nemocnici, roli herních specialistů a dobrovolníků – studentů, zdravotních klaunů aj., dále nejrůznějším mimořádným aktivitám – divadelním představením, návštěvám ZOO atd.

Z pohledu rodičů nemocných dětí je na prvním místě zdravotní stav dítěte, kvalitní medicínská péče a brzké uzdravení, tedy vše, co souvisí s kvalitou jejich života. Somatickou stránku však výrazně ovlivňuje dobrý psychický stav, na tomto se podílí právě využití volného času a zde mohou pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialisté, zdravotní klauni a další výrazně prospět. Vždyť úkolem škol při nemocnicích není jen zajištění kontinuity vzdělávání nemocného dítěte a prevence výukových problémů po návratu do kmenové školy, ale i starost o dětskou duši a zpříjemnění pobytu v nemocnici.

1. 6. 2 Psychoterapeutický význam smysluplného ovlivňování volného času hospitalizovaných dětí

Již bylo řečeno, že pedagogický personál ve škole při nemocnici nezastává pouze roli vedoucího činitele výchovně vzdělávacího procesu, nýbrž je také chápavým terapeutem, obdobně je tomu i u herního specialisty. Snahou těchto odborníků je v rámci jejich pracovní doby, ale i často nad rámec, ve svém volném čase, nastolit a udržet psychickou pohodu dětí, která je jedním ze zásadních předpokladů úspěšné léčby a brzkého uzdravení, a to zpravidla prostřednictvím hrových činností. *„I dítě v nemocnici potřebuje žít, potřebuje si hrát, potřebuje, aby se život nezastavil. Jedním z hlavních úkolů herního pracovníka tedy je pomáhat dítěti udržovat normální život, hrát si, tvořit, prostě být pokud možno šťastný“* (ŘEZNÍČKOVÁ, In: CHVÁTALOVÁ 1999, s. 26).

Nutnost psychoterapeutického přístupu při pohledu na člověka nemocného i zdravého dokládají i novější poznatky z psychoneuroendokrinologie, týkající se psychosomatických stavů. Se zdravotním stavem člověka totiž úzce souvisí jeho prožívání a také to, jakým způsobem se vyrovnává se zátěží. Díky těmto poznatkům se postupně mění pohled lékařských věd na člověka.

Ten neznamena „méně medicíny“, ale naopak „více medicíny“, ovšem medicíny doplněné a obohacené o nejnovější poznatky a postupy, zakotvené v psychosomatické jednotě člověka, tedy i lidského organismu (VYMĚTAL, 1995).

Mezi zvláštnosti dětské psychoterapie patří uplatnění jejích forem ve vazbě na odpovídající vývojová období. U dětských pacientů předškolního věku až mladšího školního věku je vhodná zejména terapie hrou (PLEVOVÁ, 1997). V tomto období je to nejpřirozenější spontánní činnost. Poskytuje dítěti možnost sebevyjádření, abreakce, hravým ztvárněním a řešením vlastních naléhavých problémů. Směřuje k porozumění vlastním prožitkům a umožňuje jejich projevení vůči okolí. Cílem je zejména vnitřní psychodynamická změna osobnosti, vnitřní citové vyrovnaní s traumatickými událostmi a frustrujícími vztahy. Mezi psychoterapeutické metody patří mj. rozhovor, psychodrama, psychogymnastika, muzikoterapie, biblioterapie a arteterapie (HAJNÁ, 1999), u hospitalizovaných dětí má své nezastupitelné místo i herní terapie (jejíž charakteristikou jsme se zabývali v kap. 1. 4 a 1. 5.) a zooterapie, jelikož i jejich cílem, byť částečným, je zlepšování psychické pohody malých pacientů.

Zkušenosti s využitím prvků muzikoterapie na dětských odděleních na Slovensku hovoří Kadlečík (1992). Obsah muzikoterapeutických setkání sestával z hudebně pohybových her rozvíjejících rytmicko – dynamické cítění dětí, vitalitu a spontaneitu. Abreaktivní složkou muzikoterapeutických setkání byla muzikomalba dynamického charakteru pro děti předškolního a mladšího školního věku, jako bezprostřední psychické a somatické odreagování. Toto bylo realizováno tak, že se na stěnu v místnosti připevnila výkresy a děti byly požádány, aby si zvolily dvě různé barvičky a svoje pocity z vnímání reprodukováné hudby vyjádřily libovolně vedenými, souvislými, případně přerušovanými čarami a netupickými útvary, charakterizující jejich psychický stav. Výsledná díla následně děti slovně okomentovaly. V poslední části muzikoterapeutických setkání byla realizována "hra na tělo" – tleskání, pleskání, dupání, hlazení.

Celkový význam realizovaných aktivit lze spatřit v odpoutání dětí od somatických i psychických problémů, které vychází z vlastní nemoci, nutnosti hospitalizace a dočasného odtržení od jejich nejbližších. Prostřednictvím neverbálních i verbálních médií nejen hudebního, ale s ním bezprostředně souvisejícího slovesného, dramatického, pohybového a výtvarného umění se dětem umožní, aby se každé z nich realizovalo v té složce muzikoterapeutického dění, která je jejich zážitkovému světu nejbližší. Hudebně pohybové hry se osvědčily jako prostředek ke stimulaci adaptačních mechanismů na zátěžové situace a psychosomatické odreagování dětí. Během realizace muzikoterapeutických aktivit byl pozorován bezprostřední a spontánní zájem hospitalizovaných dětí o tyto pro ně úplně nové a přitažlivé aktivity, které je dokázaly symbolicky přenést z nemocničního prostředí do světa radosti a bezstarostnosti (KADLEČÍK, 1992).

Nutno si položit otázku, kdo si s dětmi hraje v odpoledních, večerních hodinách a o víkendech, zvláště, pokud s nimi není hospitalizován někdo z rodičů? Tady je vše v rukou zdravotního personálu, na jejich dobré vůli. Nikdo z nadřízených nebude honit sestru za to, že dítěti nevyměnila hračku, ale rozhodně by měla problémy, kdyby mu nevyměnila špinavé prostěradlo, nebo mu nezměřila teplotu. Hraní s dětmi je práce navíc. Ale na druhou stranu – dítěti je úplně jedno, že je na prostěradle šmouha a naopak mu není jedno, že nemá hračku. Hlavně v době po probuzení a večer před spaním se dětem nejvíc stýská, to jsou nejkrizovější momenty, kdy by dítěti měl být někdo nablízku a pokud není, měla by tam být alespoň hračka (SEREGHYOVÁ, LOS, 1995).

Zajišťovat a organizovat kulturní programy, které jsou součástí přirozeného prostředí dětí, třebaže jsou výjimečné, mohou jak pedagogové ve škole při nemocnici, tak herní specialista, nebo se na nich mohou podílet společně. Jejich cílem je navodit dobrou náladu, pomáhají zapomenout na bolest, nemoc. Jako námět lze uvést loutková a hraná divadla, návštěvy herních klaunů, Mikuláše, významných osobností a dal.

(MATOUŠKOVÁ, Dostupné z: [http://specscolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html])

1. 6. 3 Funkce a možnosti volného času hospitalizovaných dětí

Funkce a možnosti volného času vymezil Opaschowski (2001). Za základní považuje funkce rekreační – zotavení a uvolnění; kompenzační – odstraňování zklamání a frustrací; výchovu a další vzdělávání, kontemplaci – hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba, komunikační – sociální kontakty; participační – podílení se na chodu společnosti; integrační – stabilizaci života rodiny a vrůstání do společenských organismů a enkulturaci – kulturní rozvoj sebe samých tvořivé vyjádření prostřednictvím umění, sportu, technických dalších činností.

Z pohledu hospitalizovaného dítěte *funkci rekreační*, tj. zotavení a uvolnění, plní odpočinek po lékařských zákrocích, vyšetřeních, procedurách i od školních povinností. Na druhou stranu i plnění školních povinností a vypracování úkolů zadaných učitelkou může mít za určitých okolností charakter zotavení. Návštěva rodiny a čas strávený se svými blízkými může být součástí odpočinku, na druhou stranu může i vyčerpávat, přestože je milá a vítaná. K vyčerpání může dojít jednak z důvodu oslabení organismu; dítě je snadno unavitelné, během návštěvy však může dojít i hádce, v takovém případě jen prohloubí stres a frustraci z dlouhodobého pobytu v nemocničním prostředí.

Rekreační funkci, ať již formou pasivní či aktivní, může plnit pohyb, např. cvičení kalanetiky u dospívajících děvčat, dále hry na počítači či surfování po internetu hry na mobilním telefonu, konverzace se spolupacienty atd. Nejčastějšími řízenými činnostmi v rámci volnočasových aktivit hospitalizovaných dětí jsou **činnosti výtvarné**, jejichž přínos je zdravotníky vysoce ceněn. Např. vrchní sestra Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici Marie Janoušková uvádí, že učitelky zdejší školy při nemocnici kladou velký důraz na pracovní činnosti, *vyrábějí s*

děti spoustu nápaditých výrobků, děti si obarvují trička, takže jim zůstává doma i příjemná vzpomínka na pobyt v nemocnici. I když při příjmu školáka, s kterým nezůstávají na oddělení rodiče, občas ukápne i slzička, při plánování propuštění se občas ozve "já ještě nechci domů, ještě si musím dodělat ten obrázek" [http://www.detivnemocnici.cz/seznam/1/1_d03.html]

Z konkrétních výtvarných aktivit, které je možno s úspěchem realizovat u hospitalizovaných dětí, lze jmenovat vyrábění dárečků pro rodiče, přáníček k Vánocům, Velikonocům, pečení Vánočního cukroví a vánočních perníčků pro zdravotnický personál. Meze se nekladou ani využívání netradičních technik, se kterými děti často přicházejí do styku paradoxně právě během léčby poprvé - tavení barevných vosků, práce s textilem, vypichování a prostřihování barevných obrázků pro výzdobu oken, otisky pórovité houby Pokud to materiální vybavení umožňuje, lze s dětmi dělat i keramiku. Po domluvě se zdravotníky lze nabídnout i přírodní materiál. Zdobí se větve, které jsou zavěšeny na chodbách oddělení, dělají se květinové vazby. Dokonce i infekční oddělení lze vyzdobit pomalovanými květináči s živými květinami. Děti také pracují s nejrůznějšími modelovacími hmotami, kromě hlíny se používá i zdravotně nezávadná plastelína JOVI, se kterou mohou tvořit i malí pacienti na kožním oddělení.

Široké použití mají i barvy prstové. Děti je milují, mohou s nimi pracovat i pacienti s infuzí, s braunilou a všem aktivity s prstovými barvami zprostředkovávají nezapomenutelný hmatový prožitek z kontaktu s barvou. Malí pacienti tvoří pomocí otisků prstů či jiných částí těla nejrůznější obrazy a obrázky. Rovněž se pracuje s kermaickou barvou, oblíbené je barvení na porcelán, kreslení obrázků plastelínou (ŠTĚNÍČKOVÁ, 1999 - 2000).

Na vyplnění volného času v nemocnici s cílem zajistit odpočinek a zotavení nemocných dětí se velkou měrou podílí i herní specialista, má-li ho nemocnice k dispozici, a vychovatelky školní družiny. Ti se snaží dětem vytvořit prostředí podobné domovu, zaměstnat je a nepřipustit, aby se zabývaly svou nemocí. Zaměstnání ve družině navazuje na školní práci, zajišťuje plnou duševní aktivitu dítěte a rozvíjí zájmovou činnost ve výtvarné, estetické, hudební a pracovní výchově.

K situacím vyvolávajícím zklamání či frustraci může dojít velmi snadno: dítěti je sdělena nepříjemná zpráva, obává se vyšetření či bolestivého zákroku, přes veškeré snahy zdravotnického personálu, pedagogů, herních specialistů a dalších zažívá pochopitelný stres z pobytu v nemocnici, z důvodu nelepšení či zhoršení zdravotního stavu je mu pobyt prodloužen, odchod kamaráda domů – spolupacienta či návštěvy, nevydařený průběh návštěvy rodičů či známých, stesk po domově, atd. *Kompenzovat zklamání a stres* pomáhají obdobné činnosti, které byly uvedeny výše (ať již záměrné či bezděčné), svoji roli hrají i spolupacienti, chování zdravotnického personálu a řada dalších lidí i okolností. Velikou radost dětem způsobí např. dopis či e-mail z domova – od kamarádů, od spolužáků a třídní učitelky z kmenové školy.

Funkci výchovnou a vzdělávací ve volném čase plní příprava úkolů zadaných na další den učitelem, pokud je dobrovolná a nenásilná – může tomu napomoci osobnost učitele a sympatie žáka k učiteli, forma domácího úkolu, pomoc mladším kamarádům atd.

Jelikož Opaschowski (2001) *kontemplativní* funkci uvedl hned za výchovně vzdělávací, zmiňujeme ji v tomto pořadí také. U věřících dětí tuto funkci plní např. modlitba – o samotě, s kamarádem, sourozenci či rodiči. Problém nastává u specificky zátěžových situací, u vážných onemocnění, např. onkologicky nemocných dětí, zde se velkou měrou angažuje hlavně psycholog. Kontemplaci dětským pacientům rozhodně nepředepisujeme, ale vzhledem k širokému věkovému spektru dětských pacientů (od kojenců po adolescentní mládež) se hlavně u starších dětí s kontemplativními činnostmi můžeme setkat. V této souvislosti bychom měli zmínit meditaci jako jednu z taktik, které lze využít při zvládání těžkostí nemoci a utrpení – viz Křivohlavý, 2002a. Uvádí, že při meditaci jde o hlubší zamyšlení např. nad určitou myšlenkou (tzv. moudrem), biblickým podobenstvím či citátem atp. Existují i kazety s nahranými potěšujícími myšlenkami, kterých se používá k povzbuzení pacientů. Křivohlavý poukazuje na to, že díky využití meditace je možné pozorovat určité uklidnění pacientů (KŘIVOHLAVÝ, 2002a).

Pro *komunikační* funkci volného času je důležité zachování styků s rodinou a s vrstevníky, tomuto napomáhá trend rozvolnění návštěvních hodin na odděleních, možnost pobytu rodiče s dítětem na odděleních během hospitalizace.

Co se týče *participace*, děti se podílejí na chodu nemocnice např. obrazovou výzdobou chodeb a jednotlivých oddělení vlastní tvorbou. Např. v Krajské nemocnici v Pardubicích výzdobu trvalého charakteru tvoří dřevěné plastiky – zejména na chodbách, mateřské pokoje tvoří plastiky látkové. Na pokojích malých pacientů jsou nainstalovány sítě, které zdobí vlastní práce žáků školy při nemocnici [http://www.nem.pce.cz/NemPce_odd_det_hra.htm]. Žáci rovněž pomáhají připravovat nejrůznější akce v rámci chodu nemocnice či školy – výlet, soutěž, projekt atd.

Integrativní funkce je z povahy hospitalizace do jisté míry snížena, ale segregaci lze díky zkracování doby hospitalizace a přítomnosti jednoho z rodičů či sourozenců částečně eliminovat.

Na některých odděleních, např. na psychiatrii, probíhá muzikoterapie, tato kromě léčebného efektu umožňuje mj. kulturní rozvoj dětských pacientů, *tvůřivé vyjádření prostřednictvím umění*. Kreativitu napomáhá dětem rozvíjet i poslech kvalitní hudby, aktivní zpěv či hra na nástroj, např. na procházce do nemocničního parku.

Dětsí pacienti se ven z nemocničního areálu dostanou málokdy, zvláště těžce nemocní, kteří musí mít klid na lůžku a stálý dohled nemocničního personálu. To jim příliš na dobré náladě a duševní pohodě, která se tolik podílí na rychlejším uzdravení a návratu domů mezi kamarády, nepřidá. Proto se jim „dobré duše“ snaží přinést kousek světa venku a osvěžení aspoň na chvíli v podobě milé návštěvy na oddělení, která je potěší zábavným programem, přinese drobnost v

podobě obrázku, sladkosti či drobného dárečku. Výlet ven z nemocnice, příjemná změna v přísném léčebném režimu, pokud jej lékaři dětem dovolí, je vždy na výsost vítaný. Velice zajímavé, u dětských pacientů nesmírně oblíbené a lékaři navýsost ceněné jsou v tomto ohledu návštěvy zoologických zahrad, které spadají do pasivní zooterapie, resp. do aktivity za pomoci / přítomnosti zvířat (Animal Assisted Activity – AAA).

1. 6. 4 Aktivity za pomoci / přítomnosti zvířat u hospitalizovaných dětí

V terapeutických programech i v ošetrovatelství mají své nezastupitelné místo zvířata. U dětí chronicky nemocných se uplatňují zejména Aktivity za pomoci / přítomnosti zvířat (Animal Assisted Activity – AAA), které zajišťují příležitost k motivačním, výchovným, odpočinkovým nebo terapeutickým účelům a zlepšují kvalitu života. Jsou uskutečňovány v různých terapeutických zařízeních speciálně vyškolenými profesionály nebo dobrovolníky. [<http://www.animaltherapy.net/Definitions.html>]. Pro hospitalizované děti se nabízí jako vhodné interaktivní aktivity zahrnují zvířata žijící přímo v zařízení, případně zvířata, která jsou do něj pravidelně přiváděna. Jedná-li se o chronicky nemocné děti hospitalizované v nemocničním zařízení, jsou přesně dány požadavky na zvíře: musí být milé, poslušné, pojištěné, očkované proti hepatitidě typu B, poliomyelitidě a TBC, musí to být zvířata chovaná v domácím prostředí. Na návštěvu musí zvíře přijít čisté, vykoupané a majitel musí mít osušku, na kterou zvíře v posteli pacienta uloží. Návštěvy nejsou v době podávání jídel. Kontraindikací je pro pacienta alergie a věk méně než 4 roky. Návštěvy nesmí trvat déle než čtyři hodiny. Zvíře dále musí být vycvičeno i na velmi jemné úkony. Pokud je např. přikládáno na lůžko, nesmí rozbít infuzi apod. Tyto programy mají bezesporu velký význam, neboť motivují děti ke komunikaci s ostatními, ke zvýšené tělesné aktivitě a poskytují dotek „normálnosti“ v cizím prostředí a současně spojení se světem (KOCOURKOVÁ, 1999).

Co se týče **stimulačního významu zvířat**, pomyslný žebříček jejich podnětové hodnoty stanovil Matějček (1999).

Podle jeho klasifikace na nejvyšší 6. příčce bezesporu stojí psi díky svému bytostnému vztahu k člověku. 5. příčka patří kočkám, zvláště jedná-li se o malá hravá koťata. Mezi dětmi stoupá obliba čeledi hlodavců a zajícovitých (4. místo), jelikož se dají brát do rukou, mají hebkou srst, tudíž se s nimi člověk může mazlit. 3. místo zaujímají ptáci v kleci i mimo klec – přinášejí do světa dítěte řadu podnětů; projevují se hlasově, je s nimi zábava. Zvířata na 2. místě, tj. hadi a obojživelníci bývají předmětem zájmu zejména dospělých, nicméně i želvy se dají brát do rukou.

Na nejnižší příčce se nacházejí zvířata, která sama k člověku vztah nemají a s nimiž se toho nedá moc dělat – typickým příkladem jsou akvarijní rybičky; odborná péče leží na dospělých, dítě je však může krmit, pozorovat jejich pohyblivost, životní projevy (včetně rozmnožovacích), hledání

potravy atd. (MATĚJČEK, 1999).

Formou pasivní aktivity se zvířaty rovněž může být např. poslech ptáků, pozorování veverek, plovoucích kachen či jiných zvířat [<http://www.psyeta.org/hia/vo18/nebbe.html>] např. z okna nemocničního pokoje, v samotné nemocnici podobnou službu mohou vykonat již zmíněné rybičky v akváriu. Kladný vliv na psychiku dětí může mít i návštěva zoologické zahrady – alespoň na chvíli pomůže odvést pozornost malého pacienta od jeho problémů, uvolnit se, relaxovat a třeba se i pobavit pohledem na výskající opice nebo dovádějící mláďata.

- **[Návštěvy zoologických zahrad hospitalizovanými dětmi**

Výše zmíněnou skutečnost, že návštěva zoologické zahrady může mít kladný vliv na psychiku nemocných dětí si uvědomilo několik obětavých lidí z brněnské ZOO a připravili pro malé pacienty dětské hematooonkologie Fakultní dětské nemocnice v Černých Polích netradiční aktivitu v podobě výletu dětí na Den dětí 1. června 1997 společně s jejich rodiči v doprovodu zdravotnického personálu. Jak uvádí Linhartová (2007), akce měla mimořádný ohlas, všem zúčastněným přinesla mnoho radosti, uvolnění. Pomohla dětem rozptýlit, poněkud odlehčit jejich stresům a zainteresovat je více v průběhu léčby. Po prvním úspěchu se z jednorázové aktivity stala tradice. Děti začaly pravidelně – každé první úterý v měsíci – jezdit za zvířátky do ZOO na Mniší horu v Brně. Letáček s „tygřím pozváním“ dostávají každý měsíc již více než deset let (LINHARTOVÁ, 2007).

Pravidelné návštěvy v Zoo Brně – Líšni, které probíhají vždy první úterý v měsíci, a vlastní návštěva i její příprava mívají standartní ráz: předvečer návštěvy zoo proběhne rozhovor s rodiči dětí a s ošetřujícím personálem přímo na oddělení, ve kterém se vyřeší organizační záležitosti. Následující ráno řidiči soukromé firmy zajišťující autodopravu odvezou návštěvníky do zoologické zahrady. Velkou atrakcí je samozřejmě narození mláďete. Jinak bývá prohlídka zahajována v tropickém království, kde je poměrně těžký vzduch a vysoká vlhkost, což je pro děti značně vyčerpávající a na začátku dne jsou ještě relativně čilé. Přesto právě sem směřují kroky nemocných dětí, za exotickým prostředím tropů a jejich faunou a flórou: pozorovat krokodýly při krmení, vzácné ptactvo poletující nad hlavami návštěvníků.

Po tropickém království se zamíří na safari, kde je výběh pakoňů, zeber, páru pštrosů a žirafího samce jménem Koudy, který, stržen zvědavostí, si malé návštěvníky občas přijde prohlédnout i zblízka. Zebry, dětmi nazývané „koníci v pyžamu“ se staly svědkem malého zázraku, když jejich jméno pronesl desetiletý chlapec, který po náročné operaci mozku při pohledu na ně poprvé promluvil. Radost z obyčejného slůvka byla o to větší, že mu v té době zemřela maminka a s otcem se o to obtížněji s náročnou životní situací vyrovnávaly.

Atrakcí je rovněž krmení zvířat. Děti si nikdy nezapomenou přivést z nemocnice suché rohlíky, tvrdý chleba nebo oschlou tvarohovou buchtu pro mláďata kozy kamerunské, ovce nebo velbloudy dvouhrbé. Zvířata se sice v zoo běžně krmí nesmí, ale tito malí návštěvníci to mají povoleno.

Dopravu dětí i jejich doprovod kvůli jejich zdravotnímu stavu po zoo zajišťují tranzity či elektrické vozíky, na malé vzdálenosti od jedné k druhé ubikaci děti chodí pěšky. Občas se stane, že kvůli závažné zdravotní komplikaci sestry nebo některý z ošetřujících lékařů, přednostu prof. MUDr. Jaroslava Štěrbu, Ph.D. nevyjímaje, vozí dítě v kočárku, přičemž jednou rukou tlačí kočárek a druhou drží infuzi a vozí jásajícího pacienta od jednoho výběhu k dalšímu.

Prohlídky zahrady bývají obvykle zakončeny v restauraci U tygra, kde je v exotickém prostředí přichystáno občerstvení a drobné suvenýry a kde při troše štěstí lze svačit jen pár metrů od této krásné odpočívající šelmy.

Díky výletům za zvířátky děti po návratu na oddělení mnohem lépe snášejí zátěž pobytu v nemocnici, vlivem pobytu na čerstvém vzduchu mají větší chuť k jídlu, což je u onkologicky nemocných dětí zvláště významné. Kreslením obrázků následující den si znovu vybaví zážitky z návštěvy v ZOO a opět se jim připomenou příjemné chvíle strávené mimo nemocniční pokoj. Dobrá nálada dětí je nakažlivá, následně se přenáší na rodiče i zdravotnický personál (DLOUHÁ, 2006).

Vlastní návštěvou ale vše nekončí, hned následující den studentky Pedagogické fakulty MU oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol se specializací speciální pedagogika mají připravený program přímo na oddělení kliniky dětské onkologie Johanna Gregora Mendla v Brně zaměřený na výtvarné ztvárnění zážitků dětí z předešlého dne.

Do kreslení a malování se s velkým zájmem často zapojují i rodiče dětí, zejména maminky. Vzpomínají na zvířata, se kterými se předešlého dne setkali, snaží se co nejvěrněji zachytit podobu oblíbeného zvířete a navzájem porovnávají své výtvary. Návštěva studentek za nemocnými dětmi je tak zpestřením a příjemným rozptýlením i pro rodinné příslušníky, kteří se stejně jako jejich děti mají možnost odreagovat, přijít na jiné myšlenky a alespoň na chvíli zapomenout na útrapy spojené s nemocí svého blízkého.

Díky výtvarným aktivitám se studentkami pedagogické fakulty se děti podílejí i na chodu nemocničního oddělení – obrázky jednak zdobí pokoje dětí a nemocniční chodby, ale co je podstatné, putují do Norska paní Běle Jensenové v rámci akce Stonožka. Z Norska jsou distribuovány jako pohlednice do celého světa a výtěžek z jejich prodeje je využit na nákup nejrůznějších pomůcek pro nemocné děti.

Výtvarnými aktivitami si děti zároveň rozvíjejí tvořivost a schopnost zachycení vnímaného jevu či vzpomínku na něj kresbou, batikou, vyrývání linorytem a dalšími výtvarnými technikami.

Přispívá to tedy rovněž k jejich enkulturaci – kulturnímu rozvoji sebe samých prostřednictvím umění.

Nápad dát trochu volného času několika nadšenců i profesionálů, byť různého zaměření: onkologů, vysokoškolských pedagogů, profesionálních zoologů a milovníků přírody, pro chvíli pohody onkologicky nemocných dětí a jejich rodičů měla externí pracovnice brněnské ZOO, prof. MVDr. Dagmar Ježková, CSc. Získala pro něj ředitele ZOO MVDr. Martina Hovorku, Ph.D., dnes přednostu Kliniky dětské onkologie prof. MUDr. Jaroslava Štěrbu, Ph.D. a řadu dalších, kteří se dodnes na realizaci této netradiční aktivity podílejí (LINHARTOVÁ, 2007).

V zoologické zahradě města Brna se během veškerých těchto setkání nenabízela a nenabízí jen prodej zoologické atrakce, nýbrž „*rozdávala se neobvyklá laskavost, volný čas několika nadšenců, dokonce i něco z účtu zahrady pro potěšení a dětem „na zoubek“, nabízela se radost onkologicky nemocným dětem*“ (LINHARTOVÁ, 2007, s. 74).

A nejen dětem, i jejich rodičům a ošetřujícímu personálu. Když bychom navázali na informace uvedené v podkap. 1. 6. 3 Funkce a možnosti volného času hospitalizovaných dětí, výlety do ZOO za zvířátky splňují bezesporu funkci relaxační, seznámení se zvířátky, s jejich způsobem života a s chováním funkci výchovně vzdělávací, poslouchání jemného šplouchání vody u bazénku s hrajícími si lachtany či pozorování hemžení cizokrajných rybiček v akváriu v tropickém království je ideální kulisou pro kontemplaci. Pokud s nemocným dítětem zavítá do ZOO i jeho rodina či zdraví sourozenci, má v sobě komunikační i integrační přínos. Jak uvádí právě Linhartová (2007), spokojení rodiče a prarodiče nemocných dětí, kteří se těchto aktivit účastní, to často v rozhovorech s ošetřujícím personálem jen potvrzují.

Kromě klasických návštěv pořádá brněnská zoo i mimořádná setkání se zvířaty, mezi něž patří návštěvy jiných zoologických zahrad v ČR (Dvůr Králové nad Labem) i zoo v zahraničí - návštěva Zoo Schonbrun a vánoční besídky.

Na mimořádná setkání dětí se zvířaty v brněnské zoo, jakými jsou mj. zmíněné **vánoční besídky**, jsou malí pacienti s doprovodem opět přivezeni tranzity soukromého autodopravce. V přednáškovém sále je slavnostně přivítá ředitel zoo MVDr. Martin Hovorka, Ph.D. Aby děti nepřišly o Mikuláše a čerta s andělem, nechybí ani jejich milá společnost. Společně s nimi ozdobí vánoční stromeček a zazpívají si nejznámější vánoční se sborem studentů hudební výchovy Pedagogické fakulty MU pod taktovkou doc. PhDr. Blanky Knopové, CSc. Následuje procházka do zasněžené zahrady, kde se již tradičně setkají s lamami krotkými a dostanou malé dárky (DLOUHÁ, 2006).

Předvánoční setkání se zvířaty bývá úspěšně realizováno i pro hospitalizované děti, v Opavě, zde díky iniciativě učitelek tamní školy při nemocnici. Děti společně s rodiči nachystají “dárky” – krmení volně žijícím srnkám, zajícům, ale i žirafám, opicím a dalším obyvatelům

opavské zoo. Pod vedením pracovnice oddělení vzdělávacího střediska zoo rozvěsili všichni připravené “balíčky”. Děti mají možnost zakrmit žirafí rodinky, účastní se narozeninových oslav v opičím pavilonu. Dle slov Kubačkové (2004) je morální i vzdělávací efekt takové akce evidentní. Přímý prožitek vydá víc než slova o ekologii, promluvená “do duše” v učebně. I dospělého, natož dítě, ovlivní takový prožitek daleko výrazněji, nesmazatelněji, než přesvědčování slovy (KUBAČKOVÁ, 2004).

Na stimulační význam zvířat chovaných v zoo pro nemocné děti upozornila kolokvia O neumírání (květen 2005) konané u příležitosti jubilea prim. MUDr. Danuše Dembické, které proběhlo v květnu 2005 v přednáškovém sále zoologické zahrady v Brně Líšni.

V rámci tohoto kolokvia byly promítnuty tři snímky: film z prostředí 23. oddělení dětské onkologie zachycující příběhy rodičů dětí i rozhovory s ošetřujícím personálem, film k výročí Zoologické zahrady města Brna a dokument o vlastních návštěvách pacientů tohoto oddělení za zvířaty žijícími v brněnské zoo. Na konci kolokvia zaznělo poselství iniciátora těchto setkání, prof. MVDr. Dagmar Ježkové, DrSc., všem zoologickým zahradám nejen v ČR, aby převzaly od brněnské zoo štafetu a inspirovaly se od ní v této nevšední a tak prospěšné aktivitě.

II. kolokvium s názvem O tygřím pozvání k 10. výročí pravidelných setkání dětských pacientů se zvířaty brněnské zoo proběhlo v červnu 2007. V jehož rámci zavzpomínaly na tyto návštěvy děti, které již mají léčbu ukončenou společně se svými rodiči. Psychoterapeutický přínos pro všechny, kdož se návštěv v ZOO účastní, ocenili mj. prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. a další 16. 6. 2007.

Vyjížděky onkologicky nemocných dětí hospitalizovaných ve Fakultní nemocni v Brně v Černých Polích se konají již více než deset let, za tu dobu se jich zúčastnilo více než 280 dětí spolu se svými rodiči a zdravotnickým personálem coby nutným doprovodem. Přispívají ke zpestření a oživení volného času nemocných dětí a mají pro děti nesmírný psychoterapeutický význam.

Jejich hlavní přínos lze spatřit v tom, že děti následně mnohem lépe snášejí zátěž pobytu v nemocnici – díky pobytu na čerstvém vzduchu mají po návratu na oddělení chuť k jídlu, díky kreslení obrázků následující den – zmíněné aktivity brněnské zoo - si znovu vybaví zážitky z návštěvy v zoo a opět se jim připomenou příjemné chvíle strávené mimo nemocniční pokoj.

K oživení příjemných vzpomínek slouží pohled na plyšovou atrapu oblíbeného zvířete v postýlce nebo např. aktivní zapojení dětí do soutěže znalostí či jiného projektu kulturně – propagačního oddělení brněnské zoo. Dobrá nálada dětí se následně přenáší na rodiče i ošetřující personál. Lze tedy konstatovat, že uvedené projekty a činnosti jsou přínosem pro zlepšení psychické pohody nemocných dětí i jejich rodičů (DLOUHÁ, 2006).

1. 6. 5 Shrnutí

Volný čas dětí v nemocnici je čas, kdy dítě nečekají žádné vyšetření, lékařské zákroky či léčebné procedury, kdy nemusí plnit školní povinnosti, je to čas, se kterým může dítě do jisté míry – v závislosti na prostředí, ve kterém se nachází a na aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení – libovolně nakládat dle svého vlastního uvážení. Aby dítě v tomto čase nebylo osamoceno a ponecháno neveselému přemítání o jeho pobytu v nemocnici a odloučení od rodiny a kamarádů z domova, stará se o volný čas hospitalizovaných dětí v nemocnicích na dětských odděleních nejen zdravotnický personál, ale i odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci: studenti středních či vysokých škol, zdravotní klauni atd.

Zdravotnický personál v duchu komplexního pojetí léčby nemocných dětí a chápání zdraví jako bio–psycho–sociální pohody tyto aktivity zpravidla vítá, přičemž je samozřejmostí, že nic nesmí narušovat průběh léčby a všichni, kdo se na zpestření doby, kdy je dítě v nemocnici podílejí, musí respektovat léčebný režim dětí a veškerá doporučení ošetřujícího personálu.

V současném pojetí lékařské péče o nemocné pacienty, zvláště dětského věku, je hlavním principem komplexní péče zahrnující veškeré složité dění provázející dítě a jeho onemocnění od započetí léčebného procesu až po ukončení léčby, v ideálním případě do úplného uzdravení. Na tomto pojetí péče se podílí nejen ošetřující lékař, ale i celá řada odborníků z dalších pomáhajících profesí i laiků, kteří se snaží dítě udržet v přiměřené duševní aktivitě a zajistit mu kvalitní trávení volného času. Nenechat ho napospas stesku po domově a chmurným myšlenkám na vlastní bolest a nemoc, a tím alespoň dílčím způsobem přispět k jeho rychlejšímu navrácení do normálního způsobu života. Veškeré volnočasové aktivity pro nemocné děti, připravované a realizované samozřejmě se souhlasem ošetřujících lékařů a zdravotních sester a pod jejich pečlivým dohledem charakterizuje velké množství obětavé a často nezištné práce motivované soucitem s cizí bolestí a utrpením. Je třeba je nanejvýš ocenit a podporovat je, neboť i díky nim dostanou děti příležitost zpestřit si léčebný režim, přinášejí radost a uvolnění a zlepší se tak v důsledku jejich psychický stav, ovlivní to značně kvalitu jejich života a v samém důsledku i zdravotní stav.

1. 7 Psychologické aspekty nemocného dítěte

1. 7. 1 Osobnost nemocného dítěte

Osobnost jako celek lze chápat jako otevřený živý systém, který se vyznačuje určitou dynamickou organizací s určitým programem činnosti a určitým zaměřeným chováním reaktivního i aktivního typu. V psychologii vystupuje osobnost jako hypotetický konstrukt, tedy pojem vyjadřující a vysvětlující fakt, že duševní život člověka vykazuje určitou vnitřní organizaci, jednotu a dynamiku, která se projevuje navenek chováním a která funguje v závislosti na změnách organismu subjektu na jedné a změnách jeho životního prostředí na druhé straně. Představa úrovně organizace je důležitá k pochopení vývoje jedince a role chování v tomto vývoji. Každý organismus lze posuzovat jako soustavu mnoha úrovně organizace neboli systémů, od jednotlivých buněk až po celý organismus spolu s jeho okolím. Jednodušší systémy jedné úrovně se stávají součástí systémů vyšší úrovně a každý systém vykazuje, vedle vlastností odvoditelných ze systémů nižších řádů, i vlastnosti emergentní. Emergentní vlastnosti odrážejí specifický řád vztahů na nižší úrovni (LEWONTIN et al., 1984).

Osobnost je v psychologii zkoumána již staletí a řada psychologů se k ní staví se zcela odlišnými postoji.

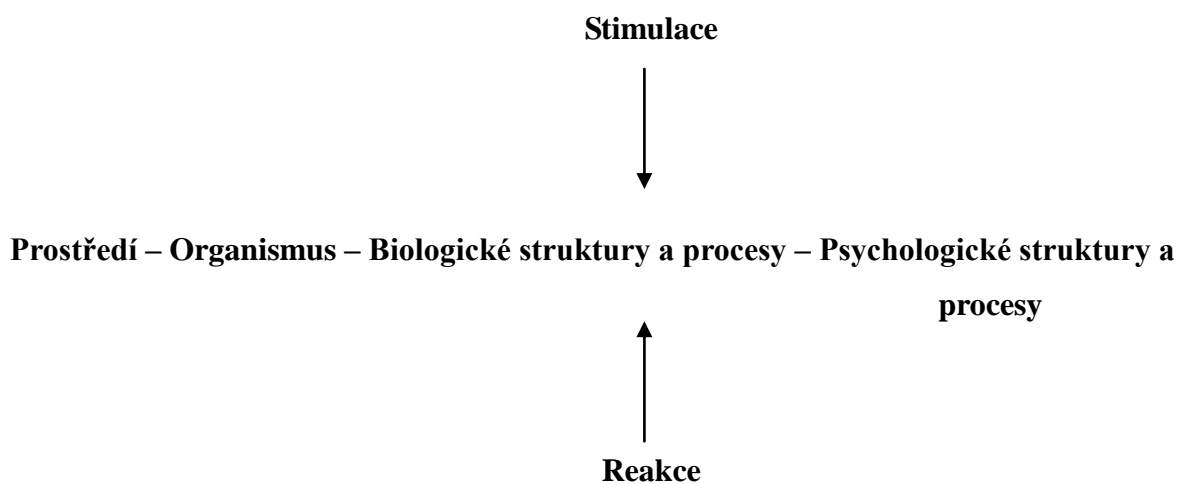
Osobnost jako takovou lze definovat jako duševní celek charakteristický vnitřní jednotou a strukturovaností, individuální specifičností, kterou se liší od jiných osobností a vývojovou kontinuitou (BLAHUTKOVÁ, 2005b).

Většinou se psychologové shodují na celkovém popisu osobnosti, tedy o strukturně dynamických vztazích a to ve smyslu nejen vertikálním (tedy ontogenetickém), nýbrž i ve smyslu horizontálním – tedy současně fungující procesy a pochody, které ovlivňují naše chování a jednání.

Patří sem psychické vlastnosti osobnosti a jejich třídy (temperament, schopnosti, motivační vlastnosti apod.). V jistém smyslu mohou být vlastnosti osobnosti chápány jako vnitřní dispozice, tedy faktory a determinanty chování osobnosti (NAKONEČNÝ, 1995). V mnoha studiích se objevuje pojem osobnosti jako jednota a relativní stálost vnitřních dispozic. REYKOWSKI (1976) chápe osobnost jako „*centrální systém regulace a interakce činnosti*“. Tím je vyjádřena skutečnost, že psychické reakce člověka vykazují určitou stálost, což předpokládá i určitou stálost vnitřních dispozic, které tyto reakce utvářejí a podmiňují. Dispozice osobnosti jsou potom chápány jako takové vlastnosti osobnosti, které vyjadřují vztahy osobnosti v souvislosti se situací, ve které se člověk nachází. Dále můžeme hovořit o zaměření osobnosti, které se vysvětluje tím, jak se v průběhu vývoje jedince jeho psychické reakce mění v závislosti na vnějších podnětech. Dosti často se v souvislosti s problematikou osobnosti hovoří také o její integraci a chování. Podle BANDURY (1988) je „*chování je funkcí expektancí jedince o budoucích zpevněních*“. S tím souvisí jednání člověka a také jeho integrita osobnosti, tedy její vnitřní jednotnost, rovnováha a také

někdy tzv. psychické komplexy, které jsou neasimilované. Systémový přístup k hledisku integrace osobnosti je založen na kognitivistickém pojetí psychické činnosti (ROYCE, POWELL, 1983).

Konceptuální rámec této teorie tvoří teorie systému a procesů informace a faktorová analýza. Osobnost může být integrována do tří rovin, z nichž první představuje styl osobnosti (vychází ze světového názoru) a směřuje k hodnotám a dále k jáství. Druhou rovinu tvoří kognice osobnosti, která vede k efektivitě a projevuje se emocionalitou. Třetí rovina je vysvětlována jako sensorium, které je podněcováno motorikou a představuje právě integraci osobnosti (NAKONEČNÝ, 1995). Z tohoto pohledu můžeme uvažovat o schématu osobnosti jako celku následovně:



Základním pojmem diferenciálního pojetí osobnosti je pojem individualita osobnosti (osobitost). Vyjadřuje psychickou svéráznost a jedinečnost každého člověka. Vždy musíme respektovat genetické předpoklady, kulturní a rasové rozdíly a pohlavní rozdíly, abychom mohli svoje výzkumy zaměřovat s patřičným podkladem pro správné pojetí osobnosti. Osobnost musíme respektovat také z pohledu psychických vlastností, které mohou ovlivňovat jeho vnější projevy. Člověk může být např. agresivní, náladový, introvertní, rozvážný, sebevědomý apod. Vlastnosti osobnosti jsou určovány základními podněty mezi něž patří situace, zvyk a motiv. Vnější prostředí ovlivňuje a utváří osobnost v mnoha jejích aspektech. Působí tak, že každý jedinec na podněty reaguje odlišně a tím se stává jedinečným. Způsob chování jedince vychází z různých motivů, lze však dospět k určitým zobecněním, tedy i zákonům. Východiskem je psychologicky zpracovaná situace, její psychologická interpretace kterou označujeme jako „*kognitivní transformaci*“. Z toho vyplývá, že jedinec různým způsobem reaguje na vliv situací. Podle MICHELLE (1995) chování varíují s ohledem na rozsah situací, ve kterých jsou přiměřená („*appopriete*“), situace se liší v počtu a znacích chování, je to problém interakce osoby a situace, respektive závislosti situace na jejím psychologickém zpracování jedincem.

Za základní proměnné osobnosti jsou uváděny:

1. kognitivní kompetence a konstruktivní kompetence chování
2. strategie kódování a osobní konstrukty
3. očekávání
4. subjektivní hodnocení
5. autoregulační systémy a plány

Za základní problémy psychických vlastností jsou pokládány:

1. problém konzistence (zda stejná vlastnost vystupuje v různých situacích)
2. problém konstantnosti, stálosti (trvalost dané vlastnosti)
3. problém univerzálnosti, tj. všeobecného výskytu dané vlastnosti
4. problém existence obecných vlastností (specifické x obecné)

Při podrobnějším zkoumání kognitivních kompetencí u jednotlivců můžeme tuto teorii rozšířit o konstruktivní behaviorální kompetence. Jedná se o znalost pravidel kontaktu s jinými osobami, strategii řešení problémů, pojetí sebe sama, pojetí něčeho „cizího“, pojetí prostředí a jejich součástí jsou i motorické schopnosti. V tomto kontextu lze uvažovat, že psychické vlastnosti a motorické schopnosti spolu úzce souvisí. Z toho vyplývá také jejich funkce, tedy vše získané v procesu vývoje a sociálního učení podmiňuje konstruktivní myšlení a vytváření přiměřených způsobů chování. Usnadňují se tak procesy zpracování informací. Z těchto poznatků a teorií lze uvažovat o vztahu kognitivních procesů a kreativity u člověka. Na tuto problematiku pohlíží řada psychologických teorií zcela odlišně, vždy musíme respektovat základní psychologické přístupy a potom zvolit řešení, které bude pro naše posuzování optimální a lze z něj vyvozovat obecnější závěry. V tomto smyslu jsme přistupovali k řešení vztahu kognitivních korelátů a kreativity osobnosti adolescenta z pohledu faktorové analýzy osobnosti. Odborníci v této oblasti zkoumání usilují o empirický přístup k tématu struktury osobnosti založený na měřitelných údajích. Pomocí matematicko-statistické analýzy dat, tzv. faktorovou analýzou identifikují jednotlivé faktory a hledají mezi nimi souvislosti. V psychologii se tuto metodu poprvé pokusil realizovat SPEARMAN (1904, 1914). I při této analýze však může dojít k odlišení konfrontací vzhledem k identifikaci jednotlivých dimenzí nebo faktorů osobnosti. Někteří psychologové tvrdí, že se jedná o faktorech jako vnitřních determinantách chování vysvětlujících variabilitu osobnosti, jiní hovoří spíše o popisných dimenzích, které vyjadřují redukci projevů osobnosti na obecnější kategorie těchto projevů (NAKONEČNÝ, 1995).

U **nemocného dítěte** lze pohlížet na proces jeho uzdravování z pohledu určitého hodnocení stávajícího stavu a budoucího vývoje zdraví nebo nemoci. Tímto přístupem z hlediska intervenčních nebo zdravotně politických včetně jejich kvalitativních a kvantitativních charakteristik se zabývá Health Impact Assessment (HIA). Tento proces je rozvíjen na základě aktuálně vnímané

potřeby vytvoření kombinace hodnotících procesů, metod a nástrojů, sloužících k posouzení vlivu programů, projektů nebo součástí zdravotního působení na člověka (BIRLEY, 1995; 2002; SCOTT-SAMUEL, 1998). Tento postup je založen na modelu kauzality, v němž intervenují proměnné, tedy nejen projekty ale i důsledky zdravotní péče. Základními východisky jsou:

- holistické, celostní pojetí zdraví
- předpoklad výjemné součinnosti bio-psycho-sociálních a enviromentálních podmínek zdraví
- kombinace kvalitativních a kvantitativních metod

Z těchto poznatků vycházíme při péči o nemocné dítě, které je hospitalizováno v cizím prostředí a je podporováno péčí pracovníků pomáhajících profesí. Důležitá je správná adaptace (v cizím prostředí), která je procesem napomáhajícím duševnímu zdraví a průběh adaptace je ovlivňován stresory, tedy podněty a podmínkami, které přinášejí zvýšenou zátěž - stres (BLAHUTKOVÁ, 2005a).

Součástí komplexní péče je nutné respektovat také nově rozvíjející se obory mezi něž patří např. psychobiologie. Je to vědecká disciplína, která čerpá z obecných poznatků biologie a dává je do souvislosti s psychickými procesy člověka. Mnohé oblasti psychologie lze považovat za podoblasti biologie (MILLIKAN, 1984). Velmi poháhá při práci s nemocným dítětem, zejména její podobor psychofarmakologie. V souvislosti s touto problematikou lze nacházet spojitosti s duševním zdravím nemocného dítěte a také s jeho kvalitou života. Přičemž kvalita života dítěte se v nemoci podstatně snižuje a to působí i na jeho duševní zdraví. Obě komponenty spolu úzce souvisejí a mohou ovlivnit celoživotně postoj dítěte ke zdraví a nemoci. V souvislosti s pojmem kvalita života se setkáváme zpočátku u studií SELYEHO (1979), který ji dával do vztahu se stresem a stresovými reakcemi. V současné době je kvalita života více zmiňována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života (McGEE et al., 1991. O'BOYLE et al., 1992).

Psychologické pojetí kvality života a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Nejvíce se pracovalo se subjektivní pohodou (BECKER, 1991). Psychická reakce na zátěž u nemocného dítěte je zcela odlišná, než u zdravého dítěte a vždy závisí na:

- dispozicích, vývojové úrovni a individuální zkušenosti (tedy již vytvořených osobnostních rysech dítěte)
- reakcích prostředí, v němž dítě žije, především rodiny, nemocničního personálu i širší společnosti.

Proto k hodnocení aktuálních subjektivních pocitů musíme využívat zejména kvalitativních přístupů a pozorování aktuálního psychického stavu dítěte. Podmínky subjektivního hodnocení psychického stavu dítěte musíme vytvořit tak, aby bylo možné z nich vyvozovat relevantní závěry.

Subjektivní hodnocení má dimenzi kognitivní a emocionální. Kognitivní dimenze reprezentuje víceméně racionální hodnocení vlastního života, tj. jak celkově vlastní život hodnotíme a jak jsme s ním spokojeni či nespokojeni. Emocionální rozměr postihuje citové prožívání a převažující typ emocí (BECKER, 1982). Výpovědi, které vznikly primárně na základě kognitivních úsudků se vztahují obvykle k delšímu časovému období, a to k několika posledním týdnům nebo měsícům, případně k celému životu a podle DIENER a LARSEN (1984) vykazují relativně vysokou míru stability. Primární psychická reakce je citová (VÁGNEROVÁ, 1999).

1. 7. 2 Shrnutí

Problémy fyzického a duševního zdraví, jejich vliv na osobnost člověka a analýza těchto problémů ve vztahu ke kvalitě života člověka se v poslední době dostaly do popředí veřejného i vědeckého zájmu (BLAHUTKOVÁ, 2009).

Osobnost jako celek lze chápat jako otevřený živý systém, který se vyznačuje určitou dynamickou organizací s určitým programem činnosti a určitým zaměřeným chováním reaktivního i aktivního typu. V psychologii vystupuje osobnost jako hypotetický konstrukt, tedy pojem vyjadřující a vysvětlující fakt, že duševní život člověka vykazuje určitou vnitřní organizaci, jednotu a dynamiku, která se projevuje navenek chováním a která funguje v závislosti na změnách organismu subjektu na jedné a změnách jeho životního prostředí na druhé straně.

Osobnost je v psychologii zkoumána již staletí a řada psychologů se k ní staví se zcela odlišnými postoji. Osobnost jako takovou lze definovat jako duševní celek charakteristický vnitřní jednotou a strukturovaností, individuální specifičností, kterou se liší od jiných osobností a vývojovou kontinuitou (BLAHUTKOVÁ, 2005b).

Většinou se shodují na celkovém popisu osobnosti, tedy o strukturně dynamických vztazích a to ve smyslu nejen vertikálním (tedy ontogenetickém), nýbrž i ve smyslu horizontálním – tedy současně fungující procesy a pochody, které ovlivňují naše chování a jednání. Patří sem psychické vlastnosti osobnosti a jejich třídy (temperament, schopnosti, motivační vlastnosti apod.).

Osobnost musíme respektovat také z pohledu psychických vlastností, které mohou ovlivňovat jeho vnější projevy vlastností osobnosti. Jsou určovány základními podněty, mezi něž patří situace, zvyk a motiv. Vnější prostředí ovlivňuje a utváří osobnost v mnoha jejích aspektech. Z toho vyplývá, že jedinec různým způsobem reaguje na vliv různých situací.

U nemocného dítěte lze pohlížet na proces jeho uzdravování z pohledu určitého hodnocení stávajícího stavu a budoucího vývoje zdraví nebo nemoci. Tímto přístupem z hlediska intervenčních nebo zdravotně politických včetně jejich kvalitativních a kvantitativních charakteristik se zabývá Health Impact Assessment (HIA).

Tento postup je založen na modelu kauzality, v němž intervenují proměnné, tedy nejen projekty ale i důsledky zdravotní péče. Základními východisky jsou:

- holistické, celostní pojetí zdraví
- předpoklad výjemné součinnosti bio-psycho-sociálních a enviromentálních podmínek zdraví
- kombinace kvalitativních a kvantitativních metod

Z výše uvedených poznatků je třeba vycházet při péči o nemocné dítě, které je hospitalizováno v cizím prostředí a je podporováno péčí pracovníků pomáhajících profesí. Součástí komplexní péče je nutné respektovat také nově rozvíjející se obory mezi něž patří např. psychobiologie či psychofarmakologie.

Pobyt dítěte v neznámém prostředí – v nemocnici zřetelně ovlivňuje jeho osobnost v mnoha ohledech včetně emocionality, prožitkovosti i jeho vztahu k nemoci a ke zdraví.

Důležitá je správná adaptace, která je procesem napomáhajícím duševnímu zdraví a průběh adaptace je ovlivňován stresory, tedy podněty a podmínkami, které přinášejí zvýšenou zátěž - stres (BLAHUTKOVÁ, 2005a).

V souvislosti s touto problematikou lze nacházet spojitosti s duševním zdravím nemocného dítěte a také s jeho s kvalitou života. **Příčemž kvalita života dítěte se v nemoci podstatně snižuje a to působí i na jeho duševní zdraví. Obě komponenty spolu úzce souvisejí a mohou ovlivnit celoživotně postoj dítěte ke zdraví a nemoci.** V souvislosti s pojmem kvalita života se setkáváme zpočátku u studií SELYEHO (1979), který ji dával do vztahu se stresem a stresovými reakcemi. V současné době je kvalita života více zmiňována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života (McGEE et al., 1991; O'BOYLE et al., 1992). Psychologické pojetí kvality života a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Nejvíce se pracovalo se subjektivní pohodou (BECKER, 1991).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle a úkoly výzkumu

2.1.1 Cíle výzkumu

Cílem disertační práce je zkoumání závislosti mezi věkem a délkou hospitalizace dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich subjektivní pohodou.

Dílčím cílem je zjistit vnímání hospitalizace u dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich vnímání sociální opory během ní ve vztahu ke zkušenostem dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové s pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří jsou kmenovými pracovníky FDN Hradec Králové.

2.1.2 Problém práce

Dítě v nemocnici zažívá kromě bolesti a nepohody vyvolaných samotnou nemocí i strach z neznámého prostředí, kterým nemocnice je. Zažívá jak úzkost, tak předmětný strach z výkonů, případně z nemocničního personálu, který tyto výkony provádí. Velkou měrou se na prožívání hospitalizace dítětem podílí i jeho případné předchozí zkušenosti se zdravotnickým personálem, ať už ambulantní či předchozí zážitky z hospitalizace, které mohou zažívaný stres buď do jisté míry eliminovat, nebo jej naopak prohloubit. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, člověk je jednota bio – psycho – sociální a psychická nepohoda a odloučení, byť krátkodobé, od nejbližších a vyloučení z jeho dosavadního důvěrně známého sociálního prostředí uzdravení neprospívá, byť je pro to právě v nemocnici zaměřena veškerá lékařská péče. Jak lze nemocnému dítěti pomoci, aby nemocnice nebyla „totální institucí“, ale vstřícné prostředí, které se co nejvíce snaží dítěti co nejvíce přiblížit a veškerá negativa psycho-sociální, která s sebou hospitalizace z povahy věci nese, co nejvíce eliminovat?

První kapitola teoretické části práce poukázala na skutečnost, že hospitalizované dítě tomuto lze napomoci nejen kvalitní lékařskou péčí, ale zejména poskytováním sociální opory. Tuto mu zpravidla poskytují jeho nejbližší, tedy rodiče, dále zdravotnický personál, případně pracovníci z řad dalších pomáhajících profesí, jako jsou pedagogové ve školách při nemocnicích, herní specialisté a další.

Naše práce vychází ze základní premisy, že u dětí s chronickým onemocněním a častou hospitalizací dochází k určitým změnám v osobnosti, které jsou reakcí na takovou situaci.

Na základě těchto klíčových témat byla formulována vědecká otázka:

„Existuje vztah mezi vnímáním hospitalizace u dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich osobnostními charakteristikami včetně sociální opory?“

K tomu, abychom mohli odpovědět na tuto otázku, jsme si stanovili výzkumné otázky práce a úkoly, které musíme splnit, abychom mohli na výzkumné otázky najít odpovědi.

2. 1. 3. Výzkumné otázky

K odpovědi na vědeckou otázku jsme zvolili kvalitativní charakter výzkumu a stanovili jsme si následující výzkumné otázky (rozdělily jsme je do 5 okruhů):

- A) *vliv hospitalizace osobnostní charakteristiky dětí, resp. subjektivní prožívání hospitalizace*
1. Jaký má vliv fakt hospitalizace na osobnostní charakteristiky dětí, resp. subjektivní prožívání hospitalizace?
 2. Jak ovlivňuje délka hospitalizace subjektivní hodnocení hospitalizovaného dítěte?
 3. Jak ovlivňuje věk hospitalizovaných dětí subjektivní hodnocení hospitalizovaného dítěte?
- B) *celkový pocit z hospitalizace ve vztahu k zdravotnímu personálu a vstřícnosti prostředí:*
4. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí jejich postoj a vztah ke zdravotnickému personálu?
 5. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí skutečnost, zda během ní zažívají strach předmětný nebo úzkost?
 6. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí celková atmosféra na dětském oddělení?
- C) *celkový pocit z hospitalizace ve vztahu k pracovníkům z dalších pomáhajících profesí (vyjma zdravotnického personálu) a tzv. neformální sociální oporou poskytovanou spolupacienty a osobami blízkými (rodina, přátelé atp.)*
7. Jak se podílejí pracovníci pomáhajících profesí (vyjma zdravotnického personálu) na subjektivním hodnocení sociální opory u hospitalizovaných dětí?
 8. Jakou roli hraje ve vnímání emocionální podpory poskytované pracovníky pomáhajících profesí pravidelnost a frekvence jejího poskytování?
 9. Jaký je rozdíl v preferenci a intenzitě sociální opory u dětí mladších a starších?
- D) *vnímání emoční sociální opory očekávané a skutečně poskytované*
10. Jaký je vztah mezi dětmi vyžadovanou a pracovníky pomáhajících profesí nabízenou sociální oporou týkající se konkrétní nabídky pomoci či náplně činnosti?

- E) *vnímání informační sociální opory očekávané a skutečně poskytované*
10. Jaký je vztah mezi dětmi vyžadovanou a pracovníky pomáhajících profesí nabízenou informační oporou týkající se jejich nemoci a problémů s ní spojených?

2. 1. 4 Úkoly práce

Ke splnění cíle práce jsme si stanovili následující úkoly:

Oslovit vedení FN HK a požádat o spolupráci při výzkumném šetření, sestavit testovou baterii testů pro zjišťování některých charakteristik osobnosti hospitalizovaných dětí, vytvořit osobnostní anketu na zjišťování zkušeností dětí s pracovníky z řad pomáhajících profesí, se kterými se děti během hospitalizace setkávají a vybrat vhodný standardizovaný test na zjištění jejich celkového pocitu z hospitalizace.

- 1) Pomocí rozhovorů a studia osobních anamnéz u vybraného souboru hospitalizovaných dětí ověřit jejich věk, druh onemocnění a předpokládanou délku hospitalizace
- 3) Prostřednictvím vybraného standardizovaného testu u zvolené skupiny respondentů realizovat výzkumné šetření zaměřené na subjektivní vnímání pohody u hospitalizovaných dětí
- 4) Pomocí Testu sociální opory (Mareš, 1991) a osobnostní ankety zjistit rozdíly u sociální opory mladší a starších hospitalizovaných dětí.
- 5) Prostřednictvím doplňujícího šetření realizovaného prostřednictvím strukturovaného rozhovoru zjistit zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialistka, psychologové a dal.).

2. 2 Metodika práce

2. 2. 1 Charakteristika zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, popis zkoumaných souborů

- **Charakteristika zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření**

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové náleží k největším zdravotnickým zařízením nejen ve východních Čechách, ale i v celé České republice. První nemocnice hodna toho jména byla v Hradci Králové otevřena v roce 1887 v budově dnešní neurologické kliniky, v areálu dodnes nazývaném Stará nemocnice. Získala velmi dobrou pověst díky práci primářů dr. J. Potůčka, dr. O. Klumpara a dr. B. Honzáka. Její kapacita i odborná úroveň postupně rostla, ale zdaleka nemohla uspokojit zájem a potřeby pacientů. Úsilí města Hradce Králové proto směřovalo k vybudování nové moderní nemocnice a tento záměr se podařilo prosadit ve druhé polovině dvacátých let, kdy po dlouhých diskusích věnovalo Městské zastupitelstvo pro výstavbu veřejné okresní nemocnice rozsáhlé pozemky, které dodnes skýtají dostatečný prostor pro rozvoj. Hlavní část výstavby financoval stát. Nový nemocniční areál byl otevřen v r. 1928. Svým pojetím, technickým vybavením a uspořádáním náležel k nejmodernějším v bývalé ČSR. Přiléhal k řece Labi a současnému městskému silničnímu okruhu a je ve své původní architektonické podobě prakticky zachován dodnes, od pěší vstupní brány až po pavilon infekce. Budování původního nemocničního areálu bylo završeno v roce 1938 otevřením nového pavilonu pro gynekologicko-porodnické oddělení a pro choroby kožní a pohlavní. [<http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=14>]

Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Dětská klinika byla založena v roce 1946. Zpočátku ji tvořilo několik jednotlivých oddělení, rozmístěných ve více budovách nemocnice. O jejich sloučení se významně zasloužil první přednosta dětské kliniky, prof. MUDr. Jiří Blecha, DrSc. Především díky jeho úsilí byla v roce 1954 otevřena ambulantní a v roce 1957 i lůžková část nově vybudovaného pavilonu. Do téže budovy bylo umístěno také oddělení dětské chirurgie, které vedl nynější prof. MUDr. Hvězdoslav Stefan, CSc. Uspořádání ve formě pavilonu umožnilo zřídit zvláštní rentgenové pracoviště a poskytnout prostory i pro dětskou rehabilitační péči. Postupně docházelo k rozvoji řady specializovaných pediatrických oborů a za přímé podpory prof. Blechy vznikaly obory nové, například lékařská genetika nebo laboratoř pro vyšetřování dědičných vrozených poruch metabolismu. Rozvíjela se úzká spolupráce s terénními pediatry a primáři dětských oddělení nemocnic celého Od devadesátých let se v souladu se světovými trendy pozitivně mění přístup k dětem i rodičům a klinika také prošla dlouhodobou postupnou modernizací a rekonstrukcí. Narůstá ambulantní složka, zkracuje se doba pobytu nemocných na lůžku a stoupá úroveň intenzivní a resuscitační péče o

novorozené i starší děti.

Na klinice probíhá řada výzkumných aktivit a realizují se projekty, zabývající se chronickými chorobami gastrointestinálního traktu, endokrinopatiemi, nefropatiemi, diagnostikou alergických onemocnění a sledováním dětí s nízkou porodní hmotností.

Všechna oddělení kliniky slouží současně jako výukové pracoviště pro lékařskou fakultu a zdravotní školu. Výuka pediatrie studentů magisterského studia všeobecného či zubního lékařství je doplněna výukou zahraničních studentů v angličtině, rozšiřují se možnosti bakalářského studia [<http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=42&id=551>]

Klinika plní nejvyšší odbornou garanci ve specializacích kardiologie a perinatální kardiologie, nefrologie (včetně biopsií ledvin), endokrinologie (centrum pro léčbu růstovým hormonem, centrum pro léčbu předčasné puberty), diabetologie včetně léčby inzulinovými pumpami, pneumologie (centrum pro léčbu cystické fibrózy), gastroenterologie (speciální zaměření na Crohnovu chorobu), alergologie (se zaměřením na nekontrolované asthma bronchiale), imunologie (se zaměřením na imunodeficienci), revmatologie, hematologické onkologie (léčba dětí s lymfoblastickou leukemií) a sdílená onkologická péče o děti s nádorovými onemocněními. Kliniku tvoří jednotka intenzivní a resuscitační péče pro větší děti (péče o kriticky nemocné děti z královéhradeckého a pardubického kraje a ve spolupráci s dětským traumacentrem pro děti z libereckého kraje) a standardní lůžková oddělení pro větší děti. [<http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=70>]

Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici Hradec Králové

Základní škola byla zřízena 1. prosince 1954 jako škola při Dětské klinice Vojenské lékařské akademie Jana Evangelisty Purkyně. Lékaři, ošetřovatelky i ostatní zdravotní personál kliniky zaujali postupně ke škole a k vyučujícím přátelský vztah. Od založení do června 1955 prošlo školou prvních 118 žáků. O necelý rok později, v září 1955, byla zřízena další škola, a to při Ortopedické klinice. V roce 1960 došlo ke sloučení obou škol. Po otevření moderního pavilonu Dětské kliniky koncem 50. let získala škola nové prostory. Výuka se rozšířila na všechna dětská oddělení Fakultní nemocnice. Škola se stala známou nejen ve východočeském regionu, ale i v republice a v zahraničí.

V roce 1983 byla škola rozdělena na mateřskou školu, která se věnovala dětem předškolního věku, a na základní a zvláštní školu pro děti s povinnou školní docházkou. Pomáhala i studentům a učňům prvních a druhých ročníků středních škol a učilišť. Od 1. 1. 2006, kdy byly obě školy opět sloučeny, působí na jedenácti dětských odděleních ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové znovu jedno školské zařízení – Základní škola a Mateřská škola při Fakultní nemocnici. Školou prochází ročně více než tři tisíce dětských pacientů.

Od roku 2000 je škola samostatným právním subjektem, zřizuje ji Krajský úřad Královéhradeckého kraje. Ředitelkou školy je od roku 2005 PaedDr. Věra Lukášová. Učitelský sbor

tvoří sedm učitelek a čtyři vychovatelky ZŠ a šest učitelek MŠ – všechny jsou speciální pedagogové s předepsaným odborným vzděláním v oboru speciální pedagogiky.

<http://skola.fnhk.cz/www/historie.php>

□ Organizace práce v základní škole při Fakultní nemocnici Hradec Králové

Školní výuka probíhá denně v dopoledních hodinách na všech jedenácti odděleních Fakultní nemocnice, kde jsou umístěni dětské pacienti. Vyučovány jsou všechny děti od 1. do 9. ročníku základní školy, základní školy praktické a speciální, zaměstnávání jsou i studenti a učni středních škol a učilišť. Výuce mohou být přítomni i rodiče. Každá učitelka pracuje s dítětem samostatně. Vyučují se tři předměty – český jazyk a literatura, matematika a cizí jazyky, kterým se učí žáci na svých školách. V případě dlouhodobé hospitalizace je dítě vyučováno i dalším předmětům. K výuce jsou využívány i počítače připojené na internet, které jsou umístěny na každém oddělení. Přiměřené zaměstnání přizpůsobené zdravotnímu stavu dítěte totiž odvádí jeho pozornost od nemoci a mnoha potíží spojených s léčením. Proto má vyučování v nemocnici také charakter psychoterapeutický.

O rozsahu i délce vyučování rozhoduje ošetřující lékař, takže se nemůže stát, že by výuka narušovala léčebný proces. Vyučování základním i vedlejším předmětům zabraňuje vzniku mezer ve vědomostech a dovednostech dětí vyřazených následkem choroby či úrazu z pravidelné školní docházky. Jedná-li se o dlouhodobě hospitalizovaného žáka, posílá škola po jeho propuštění kmenové škole zprávu o průběhu výuky a probraném učivu, i o jeho prospěchu a chování během pobytu v nemocnici. Dlouhodobě hospitalizovaným žákům může být vystaveno i vysvědčení, které je rovnocenné s vysvědčením z kmenové školy. Tím vším je zajištěn plynulý a bezproblémový návrat žáka na kmenovou školu po jeho vyléčení. O učebních výsledcích jsou rodiče informováni při návštěvách dítěte, nebo při jeho propouštění z nemocnice, ale o zdravotním stavu žáka je oprávněn informovat rodiče pouze ošetřující lékař. S hospitalizovanými žáky pracuje sedm speciálních pedagogů s předepsaným odborným vysokoškolským vzděláním v oboru speciální pedagogika. [<http://skola.fnhk.cz/www/zakladni.php>]

• Popis zkoumaných souborů

Výběr respondentů byl **záměrný** - autorka pro výzkumný soubor zvolila dětské pacienty hospitalizované ve FDN Hradec Králové. Důvod zvolení daného zařízení pro průběh výzkumného šetření spočíval ve skutečnosti, že, kromě toho, že tamní dětská klinika umožňuje rodičům společnou hospitalizaci se svým dítětem, je její součástí škola při nemocnici, a dále že kmenovými zaměstnanci kliniky je herní specialista a dva psychologové. Hospitalizované děti tedy mají k dispozici všechny výše uvedené pracovníky, jejichž profesím byla věnovaná teoretická část práce, a

tedy širokou nabídku potenciální sociální opory od těchto profesionálů.

Test zjišťující subjektivní pohodu hospitalizovaných dětí prostřednictvím Dotazníku subjektivní pohody mládeže BDP (Grob et al., 1995) byl realizován tak, že na základě dohody s učitelkami školy při nemocnici v den, kdy poprvé přišly za dětmi kvůli výuce, daly dětem vyplnit tento test s příslušnými instrukcemi. Dále děti stejný test vyplnily v den, kdy odcházely z nemocnice domů.

V den, kdy se autorka práce dostavila do fakultní nemocnice za účelem realizování rozhovorů zaměřených na zjištění jejich vztahu a postoje k pracovníkům pomáhajících profesí, se kterými přicházejí do styku a zjištění vnímání sociální opory, navštívila děti, které vyplňovaly na začátku hospitalizace Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP (Grob et al., 1995) a realizovala s nimi ony rozhovory.

Všechny děti byly hospitalizované na odděleních interna, chirurgie, neurologie a na odděleních ortopedie a kožní a neurochirurgie.

Tato oddělení jsme zvolili záměrně, jelikož na odděleních interna, chirurgie a neurologie děti zpravidla bývají hospitalizovány krátkodobě a na odděleních ortopedie a kožním se jedná o hospitalizace delší (2-3 týdny a delší). Díky této skutečnosti je možno porovnat subjektivní vnímání dětí včetně jejich vnímání hospitalizace vzhledem k délce hospitalizace.

Výzkumu se zúčastnilo **60** dětí od 1. do 9. třídy, ve věku od 6 do 15 let, z toho 34 chlapců a 26 dívek.

Diagnózy dětí

Diagnózy dětí, přestože vyplývají z umístění dítěte na konkrétním oddělení, byly různorodé (uvádíme výčet diagnóz, resp. autentických odpovědi dětí na otázku S čím tady jsi):

Krátkodobá hospitalizace (dále jen KH): do 1 týdne, tj. do 7 dnů včetně – 30 dětí

6 dětí hospitalizovaných na oddělení neurologie kvůli: bolestem hlavy, vyšetření hlavy, bolestem hlavy spojeným s halucinacemi, bolestem zad.

15 dětí hospitalizovaných na oddělení chirurgie kvůli: úrazům - hlavy a krční páteře, zlomené noze; kvůli bolestem břicha po kopnutí spolužákem (na JIP), dále kvůli nutnosti operativních zákroků – jednalo se o: „výrůstky na kůži“, žlučník, ledvinové kameny, apendicitidu (3 děti), obřízku (2 chlapci), operaci varlete, cystu na vaječníku, krevní sraženinu, kýlu.

5 dětí hospitalizovaných na oddělení interny kvůli: onemocněním dýchacích cest: „rychle dýchám, mám kašel a rýmu“; zánět průdušek – 2 děti, dále s bolestmi břicha – 2 děti.

4 děti hospitalizované na oddělení ortopedie na pozorování po úrazu na kole a s ním spojenou amnézií – 2 děti a artroskopii kolene – 2 děti.

Dlouhodobá hospitalizace (dále jen DH): 14 dní a více, tj. od 14 dnů hospitalizace včetně – 30 dětí

Diagnóza cystická fibróza: 4 děti.

1 děvče hospitalizované na oddělení neurochirurgie kvůli CMP.

6 dětí hospitalizovaných na oddělení chirurgie kvůli: operaci „achilovky“, „useklým prstům“, úrazům – pád z horolezecké stěny, „z kupy hlíny“, krevní sraženině a nekonstruktivním operacím (chlapec podal vysvětlení, že se narodil bez přirození)

12 dětí hospitalizovaných na kožním oddělení kvůli: ekzému – 8 dětí, vypadávání vlasů – 2 děvčata, vyrážce a lupence.

7 dětí hospitalizovaných na oddělení ortopedie kvůli: úrazům: zlomenině bederních obratlů, zlomené ruce a zmáčknutým obratlům, otevřeně zlomenině, zlomené ruce – špatně srostlé zlomenině, problémy s kolenem – 2 děti, problémy se šlachami.

Věk respondentů

Věkové rozvrstvení mladších KH dětí (6 – 10 let) bylo rovnoměrně rozložené. Nejvíce dětí (5) bylo ve věku 10 let, Po 3 respondentech bylo 9 let a 8 let, a po dvou dětech byly zastoupené děti 6 a 7 leté.

U mladších dětí DH dominovaly respondenti ve věku 10 let (7), věkové rozvrstvení zbylých 8 dětí bylo rovnoměrné: 3 a 3 děti byly ve věku 6 a 8 let a 3 děti byly 9 let staré.

U starších dětí KH dominovaly respondenti ve věku 14 let (8), věkové rozvrstvení zbylých 7 dětí bylo opět rovnoměrné: 3 dětem bylo 13 let a 2 a 2 děti byly ve věku 12 a 11 let.

Ze starších dětí DH bylo nejvíce respondentům 12 let, (8 dětí), dále bylo 5 dětem 14 let a 2 dětem 13 let.

Rodinné zázemí respondentů

Většina ze všech dětí (**40**) má **úplnou rodinu**. Jedná se o **22** KH dětí – 12 mladších a 10 starších a **18** DH dětí – 11 mladších a 7 starších.

16 dětí žije v **neúplné rodině** -6 KH dětí (3 mladších a 3 starších) a 10 DH dětí (3 mladších a 3 starších) jsou **rozvedení**, děti žijí ve společné domácnosti s maminkou.

2 děti žijí s **babičkou a s dědou** (1 starší dítě KH a 1 starší dítě DH).

Rovněž 2 děti žijí v **pěstounské péči** (1 starší dítě KH a 1 mladší dítě DH).

Dle věku dětí jsme nezaznamenali v této oblasti výraznější rozdíly, pouze u DH starších dětí je vyrovnaný poměr dětí z rozvedených manželství a dětí žijících v úplné rodině (7:7). Jinak převládají napříč délkou hospitalizace i věkem dětí úplných rodin.

Většina dětí (**49**) má nějaké **sourozence**, pouze 11 dětí (4 děti DH: 1 mladší a 3 starší a 7 dětí KH: 3 mladší a 4 starší) žádného nemají.

2. 2. 2 Organizace práce

2006/2007: studium odborné literatury (odborné publikace, články, webové stránky aj.) ke zvolené problematice

2007/2008: deskriptivní výzkum zaměřený na zjištění počtu a lokace dětských oddělení v ČR (analýza webových stránek krajských úřadů ČR, údajů z výzkumu Nadačního fondu Klíček, jehož výsledky jsou zveřejněny na www.detivnemocnici.cz) a na zjištění, součástí kterých dětských oddělení jsou školy při nemocnici a herní specialisté

- zimní semestr 2008/2009:

ustanovení cíle práce, na jeho základě vybrání vhodného standardizovaného testu na zjištění celkového pocitu z hospitalizace a vnímání sociální opory dětskými pacienty a vybrání konkrétního zařízení, ve kterém bude realizováno výzkumné šetření

Realizace vlastního výzkumného šetření měla dvě části:

□ Část 1.:

- letní semestr 2008/2009:

- v březnu 2008 proběhl předvýzkum, na základě kterého došlo k dílčí korekci ohledně formulace otázek (použity otázky z výzkumu A) zaměřený na zjištění celkového pocitu z hospitalizace a vnímání sociální opory dětskými pacienty (výzkum B)
- duben – květen: 2008: sestavení osobnostní ankety zaměřené na zjišťování zkušeností dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialistka, psychologové a dal.), proběhl další předvýzkum

□ Část 2.:

- 2009/2010:
 - realizace vlastního výzkumného šetření prostřednictvím dotazníku subjektivní pohody mládeže BDP, osobnostní ankety a polostandardizovaného testu sociální opory (Mareš et. al)
- 2010/11: vyhodnocení výsledků všech šetření a ze získaných závěrů stanovení závěrů pro teorii a pro praxi.

2. 2. 3 Použité metody

V této práci byly použity následující výzkumné metody práce:

- **Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP** (Grob et al., 1995)

Tento dotazník byl standardizován již v roce 1991 (Grob, Luethi, Kaiser BSW - A) a další standardizace proběhla v roce 1995 (Grob, Džuka, BSW -Y). Struktura dotazníku je tvořena dvěma hlavními komponentami well-beingu, což představuje kognitivní a emocionální dimenzi. Je to dotazník, který je sestaven z pěti škál, které měří jednotlivé oblasti vztahující se k subjektivní

pohodě. Jsou to:

- a) celková životní spokojenost (Cronbachova $\alpha = 0,968$). Měří habituální aspekt subjektivní pohody, tedy relativně stálou charakteristiku osobnosti. Z hlediska obsahu tato škála vyjadřuje kognitivní hodnocení vlastní životní spokojenosti. Zároveň je považována za základní komponentu subjektivní pohody kognitivního charakteru. Vyšší dosažené skóre znamená vyšší celkovou životní spokojenost.
- b) aktuální psychické problémy (Cronbachova $\alpha = 0,584$). Měří negativní aspekt aktuálního subjektivního prožívání jedince. Vyšší dosažené skóre znamená vyšší výskyt problémů.
- c) aktuální tělesné problémy (Cronbachova $\alpha = 0,809$). Měří také negativní aspekt subjektivního prožívání. Společně s předcházející škálou nejsou považované za přímou součást subjektivní pohody, ale přesto mohou být významnou oblastí pro prožívání tělesných problémů.
- d) sebeocení (Cronbachova $\alpha = 0,949$). Mapuje hodnocení sebe sama a to prostřednictvím vyjádření postoje k sobě. Jestliže osoba získá v této škále vysoké skóre, má k sobě pozitivní postoj, má pozitivní sebehodnocení.
- f) depresivní naladění (Cronbachova $\alpha = 0,806$). Sleduje míru negativních obsahů psychiky u zkoumané osoby a habituální způsob prožívání dané osoby. Vyšší dosažené skóre poukazuje na to, že pro tuto osobu jsou typické habituální psychické problémy.

Tento dotazník patří do Beckerovy koncepce subjektivní pohody. Jeho strukturní model subjektivní pohody patří k nejkomplexnějším mezi existujícími definicemi tohoto fenoménu. Dotazník lze také považovat za poměrně komplexní prostředek měření subjektivní pohody z hlediska aktuální i habituální složky včetně fyzických a psychických aspektů (Džuka, 1999).

Dotazník se skládá z šesti oblastí, které musí testovaná osoba doplnit podle vlastních představ a názorů:

1. Pozitivní postoj k životu (POPŽ)

6 výroků na 6 ti bodové škále od silně nesouhlasím po silně souhlasím, 1-6 bodů,

Znění jednotlivých položek:

- Moje budoucnost vypadá dobře
- Užívám si života více, než většina lidí
- Dokážu se dobře vypořádat s realizací svých životních plánů
- Cokoliv se stane, vždycky si z toho vezmu to lepší
- Mám rád život
- Můj život pro mě má smysl

2. Prožívané problémy (PRBL)

7 výroků na 6ti bodové škále od silně nesouhlasím po silně souhlasím, 1-6 bodů,

Znění jednotlivých položek:

Měl(a) jste v posledních několika týdnech starosti :

1... .kvůli lidem, se kterými máte problémy ?

2.... kvůli vztahům se svými přáteli ?

3... kvůli práci?

4.... kvůli svému zdraví?

5.....kvůli stárnutí?

6....kvůli vašemu partnerovi (partnerce)?

7.....kvůli finančním problémům?

3. Somatické potíže (SOMP)

8 výroků na 4 bodové škále od vůbec ne po velmi často, 1-4 body.

Znění jednotlivých položek:

Stalo se vám v posledních několika týdnech, že:

1... .jste měl bolesti břicha (žaludku)?

2.... jste trpěl tlukotem či bolestí srdce?

3.... jste byl nemocný a nemohl pokračovat v práci?

4... jste trpěl nechutenstvím?

5.... jste měl závratě?

6.... jste nemohl usnout?

7.... jste byl neobvykle unavený?

8... jste měl velké bolesti hlavy?

4. Sebeúcta (SEBÚ)

3 výroky na 6ti bodové škále od silně nesouhlasím po silně souhlasím, 1-6bodů.

Znění jednotlivých položek:

- Jsem schopen dělat věci stejně dobře jako většina lidí
- Cítím se stejně hodnotný jako ostatní
- Mám k sobě pozitivní postoj

5. Depresivní nálady (DEPN)

4 výroky na 6 ti bodové škále od silně nesouhlasím po silně souhlasím, 1-6 bodů.

Znění jednotlivých položek:

- III. Nechce se mi nic dělat
 IV. Ztratil jsem zájem o ostatní lidi a nezabývám se jimi
 V. Už mně nic nezajímá
 VI. Myslím si, že můj život je nezajímavý

6. Radost v životě (RADŽ)

5 výroků na 4 bodové škále od vůbec ne po velmi často, 1–4 body.

Znění jednotlivých položek:

Stalo se vám v posledních několika týdnech, že

- 1...jste byl potěšen, protože se vám podařilo něčeho dosáhnout?
- 2...jste byl potěšen, protože vás ostatní měli rádi?
- 3...jste se cítil úplně šťastný?
- 4...jste cítil, že věci se všeobecně vyvíjejí podle vašich přání?
- 5...jste měl šanci vložit se do věci a zabránit nějaké hádce?

Bodová maxima, minima a mediány

POPŽ

Minimum 6	Maximum 36	Medián	18,5
-----------	------------	--------	------

PRBL

Minimum 7	Maximum 42	Medián	21,5
-----------	------------	--------	------

SOMP

Minimum 8	Maximum 32	Medián	16,5
-----------	------------	--------	------

SEBÚ

Minimum 3	Maximum 18	Medián	9,5
-----------	------------	--------	-----

DEPN

Minimum 4	Maximum 24	Medián	12,5
-----------	------------	--------	------

RADŽ

Minimum 5	Maximum 20	Medián	10,5
-----------	------------	--------	------

Reliabilita testu vypočítaná pomocí Cronbachovo $\alpha = 0,800$.

Pro účely našeho výzkumu jsme pracovali pouze s hrubými skóry získanými v jednotlivých škálách.

- **Test sociální opory**

Autorka navázala na výzkum týmu MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et. al., 2001 – pracovně nazván jako výzkum A. Základem tohoto výzkum „*byl polostandardizovaný rozhovor s dětmi a dospívajícími.*“ (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ, et. al., 2001, s. 192)

Ve výzkumu B se autorka přidržela těchto otázek, pouze drobně pozměnila na základě provedeného předvýzkumu formulaci některých otázek, které pro respondenty nebyly zcela srozumitelné. Rozhovor byl individuálně prováděn s dětmi 2. do 9. třídy hospitalizovanými na dětské klinice FN HK.

- **Osobnostní anketa**

Osobnostní anketu tvořil strukturovaný rozhovor obsahující 16 polouzavřených otázek. Ty zjišťovaly zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialistka, psychologové a dal.)

Autorka díky vstřícnosti ředitelky základní a mateřské školy při FDN HK a tamních učitelek u obou rozhovorů (jak u testu sociální opory, tak u výše zmíněného strukturovaného rozhovoru) navštěvovala děti, za kterými paní učitelky chodily za účelem výuky. U dětí školou povinných za udělení souhlasu zákonných zástupců oslovených dětí probíhal v herně, ve třídě, nebo přímo na pokoji, buď u stolečku, nebo u postele. Autorka práce si pořizovala písemný záznam v průběhu rozhovoru. Každý z rozhovorů s jedním dítětem trval zhruba 15 - 20 minut.

2. 2. 4 Zpracování výsledků

Způsob řešení výzkumného problému práce vyplývá z výše stanovených cílů a úkolů práce. Nejprve byla zjišťována subjektivní pohody hospitalizovaných dětí prostřednictvím Dotazníku subjektivní pohody mládeže BDP.

Na ni navázalo zjišťování celkového pocitu z hospitalizace a vnímání sociální opory samotnými dětskými pacienty – navázalo se na výzkum prováděný výzkumným týmem pod vedením Mareše v r. 2001 (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et. al., 2001). Na závěr autorka realizovala výzkumné šetření (osobnostní anketu) zaměřené na zjišťování zkušeností dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialista, psychologové a dal.) prostřednictvím strukturovaného rozhovoru.

Výzkumný problém měl charakter deskriptivní. Všechny výzkumy – jak zkoumání subjektivní pohody hospitalizovaných dětí prostřednictvím Dotazníku subjektivní pohody mládeže BDP, tak další navazující výzkumné šetření (viz charakteristika výše) byly provedeny na základě empirického postupu použitím kvalitativní výzkumné strategie, formou standardizovaného testu a strukturovaného rozhovoru.

Způsob řešení výzkumného problému práce vyplývá z výše stanovených cílů a úkolů práce. Výzkum B, jak již bylo řečeno, navázal na výzkum A zaměřený na zjištění celkového pocitu z hospitalizace a vnímání sociální opory samotnými dětskými pacienty prováděný výzkumným týmem pod vedením Mareše v r. 2001 (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ - publikováno v MAREŠ et al., 2001).

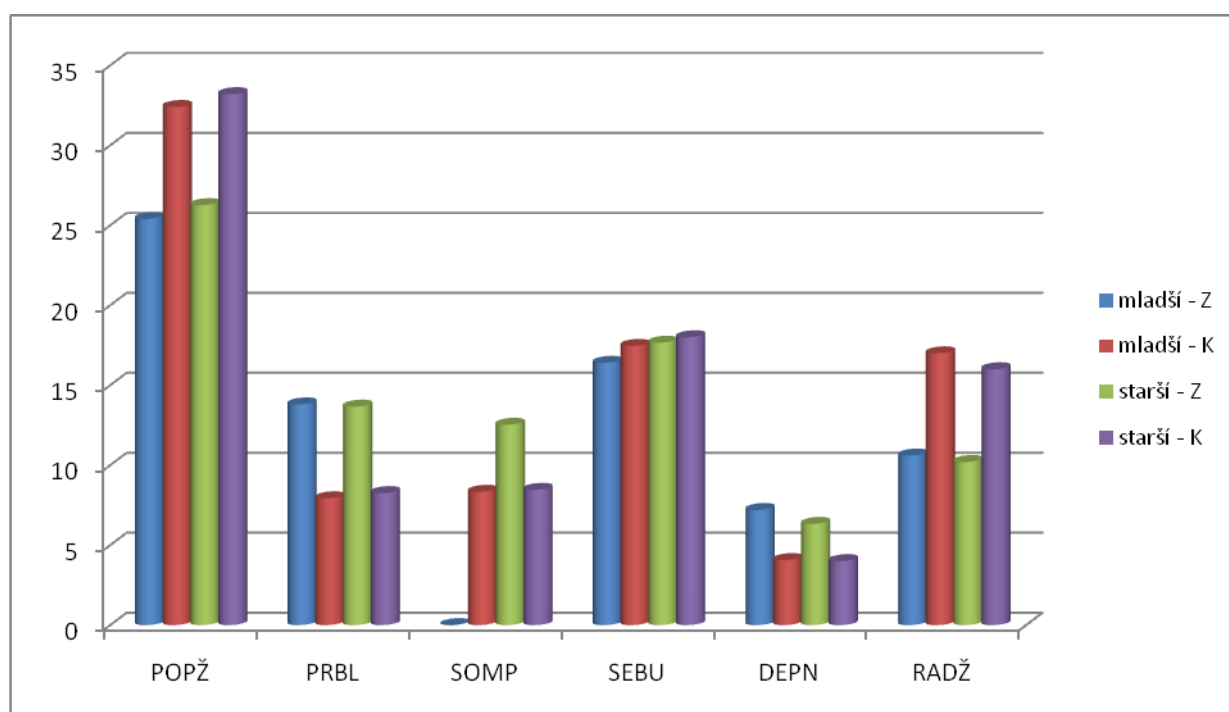
Údaje získané uvedenými metodami výzkumu a technikami sběru dat byly zpracovány kvalitativní analýzou (utřídění dat podle uzavřených, polozavřených a otevřených odpovědí na otázky dotazníku, tabulkové přehledy primárních dat).

2. 3 Interpretace získaných výsledků, diskuse

2. 3. 1 Analýza výsledků testu subjektivní pohody (získané Dotazníkem subjektivní pohody BSP)¹

Tab. č. 2.: Výsledky v testech subjektivní spokojenosti u testovaných děti KH

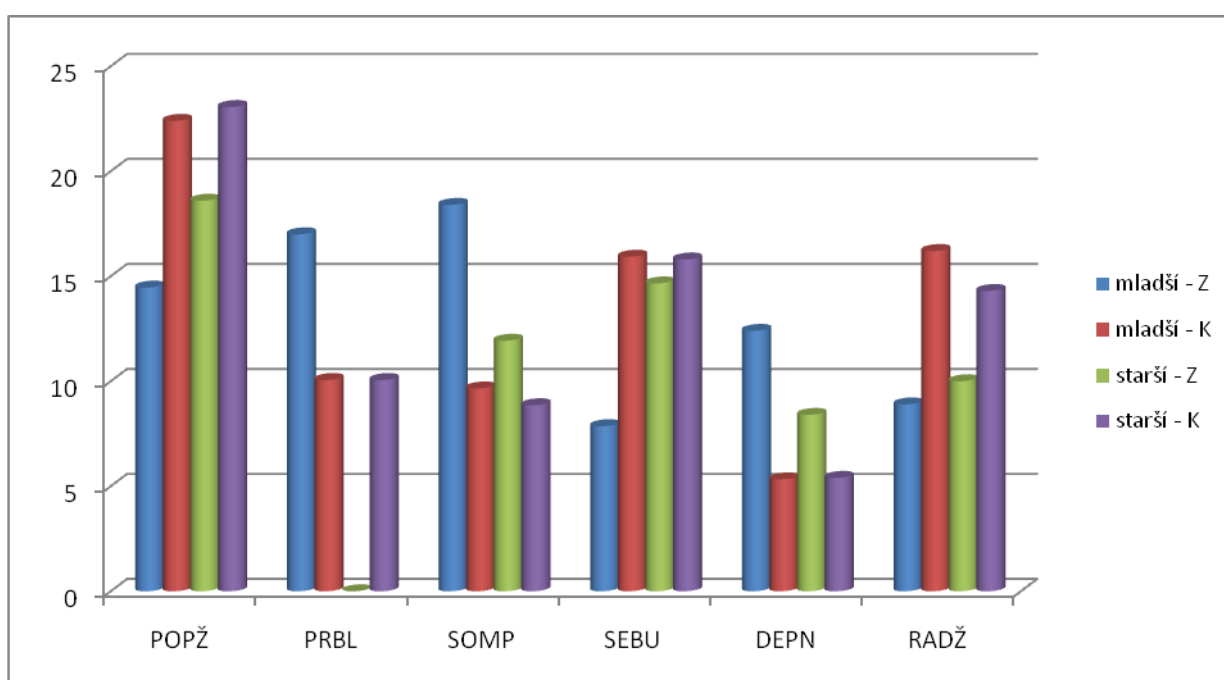
	KH mladší		KH starší	
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.
POPŽ	25,4	32,4	26,3	33,2
PRBL	13,8	7,9	13,7	8,3
SOMP	14, 5	8,3	12,5	8,5
SEBÚ	16,4	17,5	17,7	18
DEPN	7,2	4,1	6,3	4
RADŽ	10,6	17	10,2	16



¹ Legenda: POPŽ – Pozitivní postoj k životu,
 PRBL – Prožívané problémy
 SOMP – Somatické potíže
 SEBÚ – Sebeúcta
 DEPN – Depresivní nálady
 RADŽ – Radost v životě

Tab. č. 3.: *Výsledky v testech subjektivní spokojenosti u testovaných dětí DH*

	DH mladší		DH starší	
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.
POPŽ	14,46	22,4	18,6	23,06
PRBL	17	10,06	14, 93	10,06
SOMP	18,4	9,66	11,93	8,86
SEBÚ	7,86	15,93	14,66	15,8
DEPN	12,4	5,33	8,4	5,4
RADŽ	8,9	16,2	10	14,3

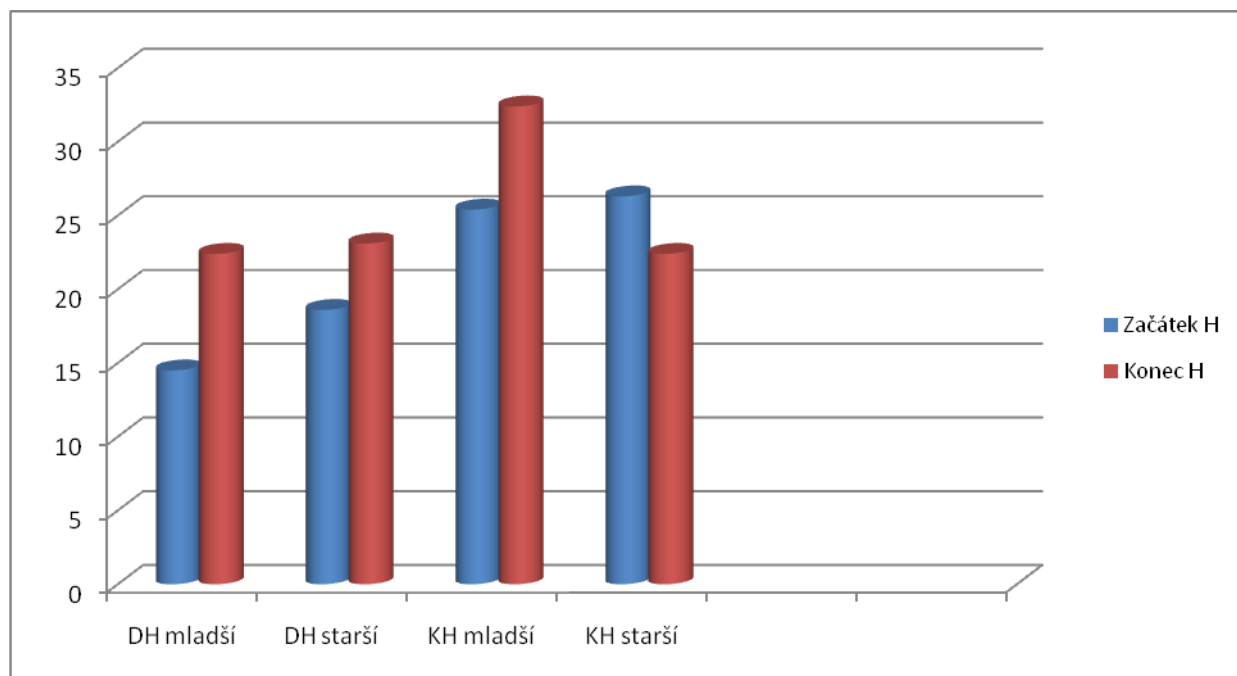


Analýza výsledků testu subjektivní pohody (získané Dotazníkem subjektivní pohody BSP) – výsledky jednotlivých komponent testu (1 – 6)

1. Pozitivní postoj k životu (POPŽ)

Tab. č. 4: Získané výsledky u komponenty Pozitivní postoj k životu

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	14,5	22,4	9	18	23	27	6	18,5	36
DH starší	18,6	23,1	13	17	30	33			
KH mladší	25,4	32,4	18	22	35	36			
KH starší	26,3	33,2	22	28	36	36			



Interpretace + komentář:

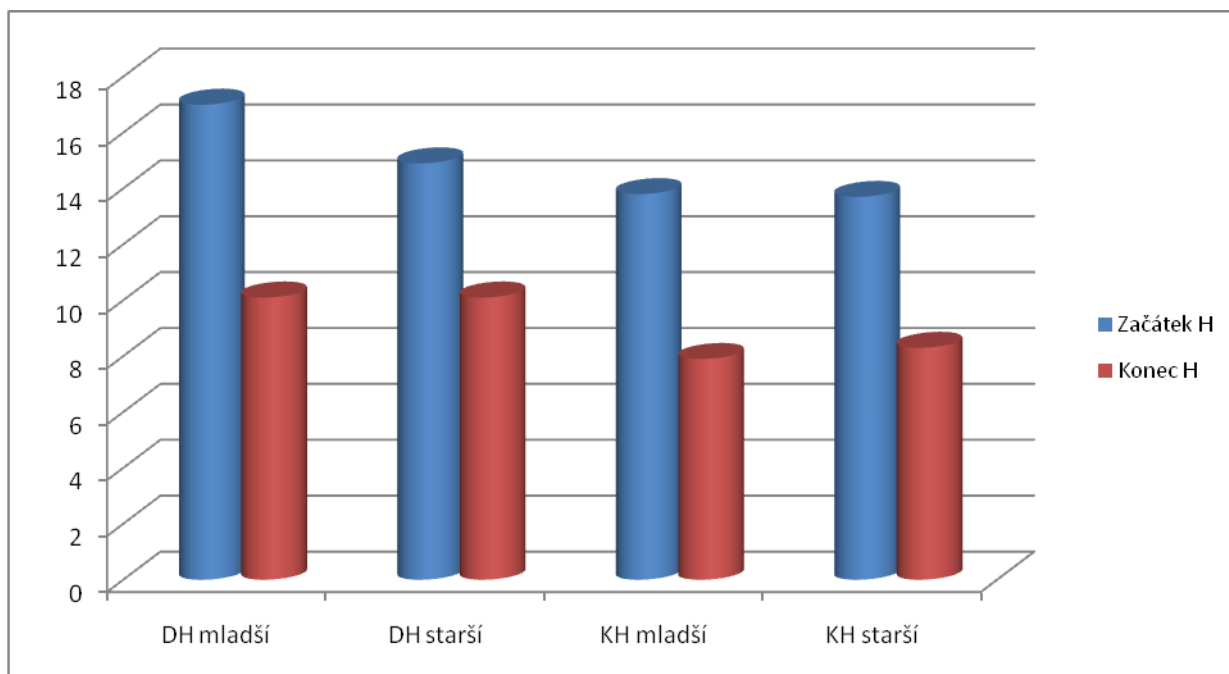
Z výsledků této části dotazníku je patrné, že **hospitalizace je více zátěžová situace pro děti DH než pro děti KH**. Skóre na počátku hospitalizace u mladších dětí se pohybovalo pod hodnotou mediánu, celková životní spokojenost těchto dětí je **nízká** - celkem u 11/15 mladších dětí DH se hodnoty dosažené v POPŽ pohybovaly pod mediánem. Minimální hodnoty -6- nedosáhl nikdo, nejnižší dosažené skóre -9- se objevilo u 3 dětí (2 hospitalizované na neurologii s bolestmi zad (1) a hlavy (1) a 1 děvče s akutními dýchacími obtížemi na interně). Nižší míra životní spokojenosti zde koreluje se zažíváním akutní bolesti. Skóre mladších i starších dětí KH na počátku hospitalizace je poměrně vyrovnané, vykazuje vyšší hladinu celkové životní spokojenosti.

Na konci hospitalizace došlo u všech skupin (KH i DH dětí, mladších i starších) k posunu výsledků k vyšší životní spokojenosti. Minimální hodnoty u dětí DH se již pohybovaly na hranici mediánu a u KH dětí již byly nad touto hranicí, děti tedy vykazovaly vyšší životní spokojenost. Nejvyšší hodnoty u dětí DH nedosáhly maxima, naopak u 11 dětí KH ano: u 6 mladších 5 starších. Zlepšení životní spokojenosti je zde způsobeno jednak faktem, že se dítě vrací domů, buď zcela vyléčeno, nebo do domácího léčení, resp. rekonvalescence, mezi blízké a do „normálního“ života, ale rovněž vstřícným nemocničním prostředím konkrétní nemocnice a laskavým přístupem jak zdravotnického, tak pedagogického personálu. Dokládají to výsledky navazujících výzkumů – analýza testu sociální opory a osobnostní ankety (uvedené v podkap. 3.2 a 3.3.).

2. Prožívané problémy (PRBL)

Tab. č. 5: Získané výsledky u komponenty Prožívané problémy

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	17	10,1	12	7	30	14	7	21,5	42
DH starší	14,9	10,1	9	8	21	13			
KH mladší	13,8	7,9	10	7	19	11			
KH starší	13,7	8,3	11	7	18	9			



Interpretace + komentář:

Prožívané problémy nejvíce pociťují **mladší děti DH**. Skóre na počátku hospitalizace u mladších i starších dětí KH je vyrovnané, rozdíl mezi skóre starších dětí DH a dětmi KH byl jeden bod, nelze zde hovořit o významném rozdílu mezi těmito skupinami, na rozdíl od mladších dětí DH.

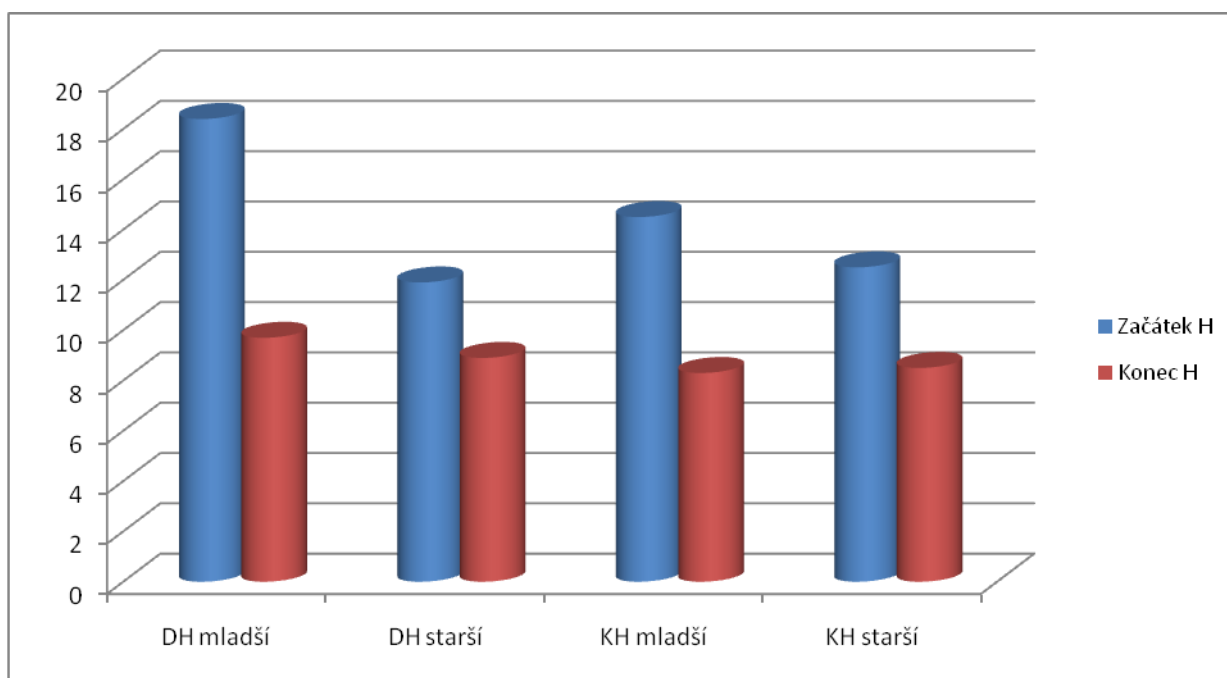
Výsledky KH dětí se pohybovaly pod hodnotou mediánu – jejich PRBL v rámci hospitalizace se jeví jako nízké – vyjma problémů zdravotních a z nich vyplývajících omezené soustředěnosti na školní povinnosti. Hranici mediánu překročily pouze 3 mladší DH děti (hodnoty 24; 21 (hospitalizace na kožním oddělení kvůli ekzému) a 30 – hospitalizace na oddělení dětské ortopedie kvůli operaci šlach. Roli hrají hlavně osobní charakteristiky dětí, ale také to, navzdory malému počtu dětí, potvrzuje klinické zkušenosti pedagogů, že děti hospitalizované na ortopedii bývají labilnější kvůli omezení pohybu a na kožním oddělení se u dětí vlivem opakujících se hospitalizací objevuje ve zvýšené míře apatie, stres a negativismus.

Na konci hospitalizace došlo u všech skupin (KH i DH dětí, mladších i starších) k posunu výsledků k menší míře prožívaných problémů – zejména k ústupu problémů zdravotních. Ke zlepšení došlo nejmarkantněji u KH dětí. Minimální hodnoty u všech skupin dětí již dosáhly minima, či se mu (v případě 3 starších dětí DH) přiblížily a maximální již téměř dosahovaly hranici mediánu, tj. děti již prožívaly minimální problémy – zdravotní i psychické.

3. Somatické potíže (SOMP)

Tab. č. 6: Získané výsledky u komponenty Somatické potíže

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	18,4	9,7	11	8	25	15	8	16,5	32
DH starší	11,9	8,9	8	8	22	12			
KH mladší	14,5	8,3	8	8	19	10			
KH starší	12,5	8,5	8	8	16	10			



Interpretace + komentář:

Somatické obtíže navzdory faktu hospitalizace nebyly příliš výrazné – hodnoty mediánu přesáhly (o 2 body) na počátku hospitalizace pouze **mladší děti DH**. Druhé nejvyšší skóre měly mladší děti KH, ale u nich už hodnota nedosáhla mediánu, prožívané somatické obtíže jsou tedy mírné. Skóre na počátku hospitalizace u starších dětí KH i DH je vcelku vyrovnané, rozdíl mezi skóre starších dětí DH a dětmi KH byl 0,6 bodů, nelze zde hovořit o významném rozdílu mezi staršími dětmi KH a DH.

Nejmenší skóre jsme naměřili u starších DH dětí, míra prožívaných somatických (resp. psychosomatických) obtíží je u nich nejnižší. Důvod zřejmě vidíme ve skutečnosti, že většina starších dětí DH (13/15) již v nemocnici (ve FN HK) byla – viz analýza výsledků testu sociální opory, ot. č. 2. Děti tedy vědí, případně tuší, co je zde čeká a jejich míra stresu a úzkosti z nemocničního prostředí a z ní vyplývající případné psychosomatické obtíže jsou tudíž minimální, což se odráží v dosaženém souhrnném skóre u této komponenty.

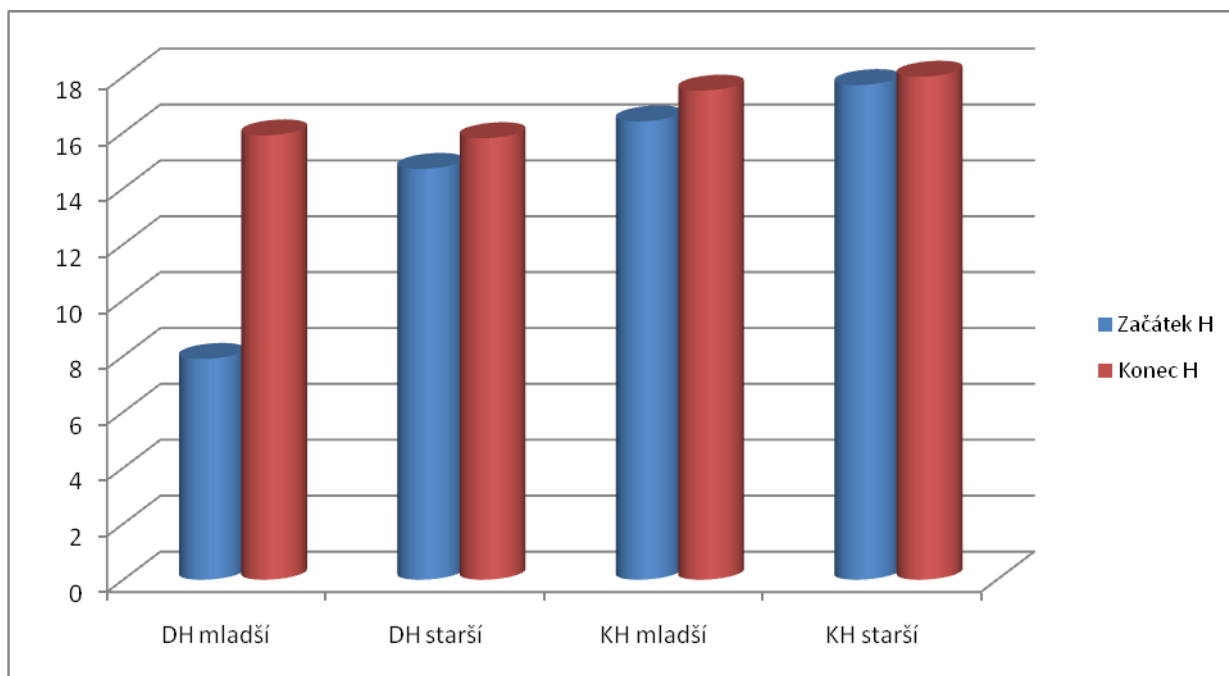
Minimální hodnoty skóre se na počátku hospitalizace objevily u všech dětí vyjma mladších dětí DH, a sice u 4 dětí KH: 2 mladších a 2 starších a u 5 starších dětí DH. Tyto děti tedy dle svého subjektivního posouzení žádné psychosomatické obtíže nepocítují. Maximální hodnoty u celkem 18 dětí přesáhly medián – u většiny DH dětí (11 /15: u 9 mladších a 2 starších) a u 7 mladších dětí KH. U starších dětí KH se maximální hodnoty skóre u 2 starších dětí mediánu přiblížily (16 – 2 děti), ale nepřekročily jej. Hodnoty zbývajících dětí se pohybovaly pod mediánem, míra prožívaných psychosomatických obtíží je i u nich minimální.

Na konci hospitalizace došlo u všech skupin (KH i DH dětí, mladších i starších) k posunu výsledků k minimální míře prožívaných psychosomatických problémů. Ke zlepšení došlo nejmarkantněji u mladších DH dětí. Minimální hodnoty u všech skupin dětí již dosáhly minima – u poloviny, tj. u 15 DH dětí: 6 mladších a 9 starších a u většiny, tj. 21/30 KH dětí: 11 mladších a 10 starších, a maximální dosahovaly k hodnotě mediánu pouze u 1 mladšího DH dítěte, u osobních dětí u všech skupin se pohybovaly u hranice minima, děti již problémy zdravotní i psychické z vlastní hospitalizace prožívaly minimálně či vůbec.

4. Sebeúcta (SEBÚ)

Tab. č. 7: Získané výsledky u komponenty Sebeúcta

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	7,9	15,9	3	11	6	6	3	9,5	18
DH starší	14,7	15,8	6	9	6	6			
KH mladší	16,4	17,5	9	13	6	6			
KH starší	17,7	18	5	6	6	6			



Interpretace + komentář:

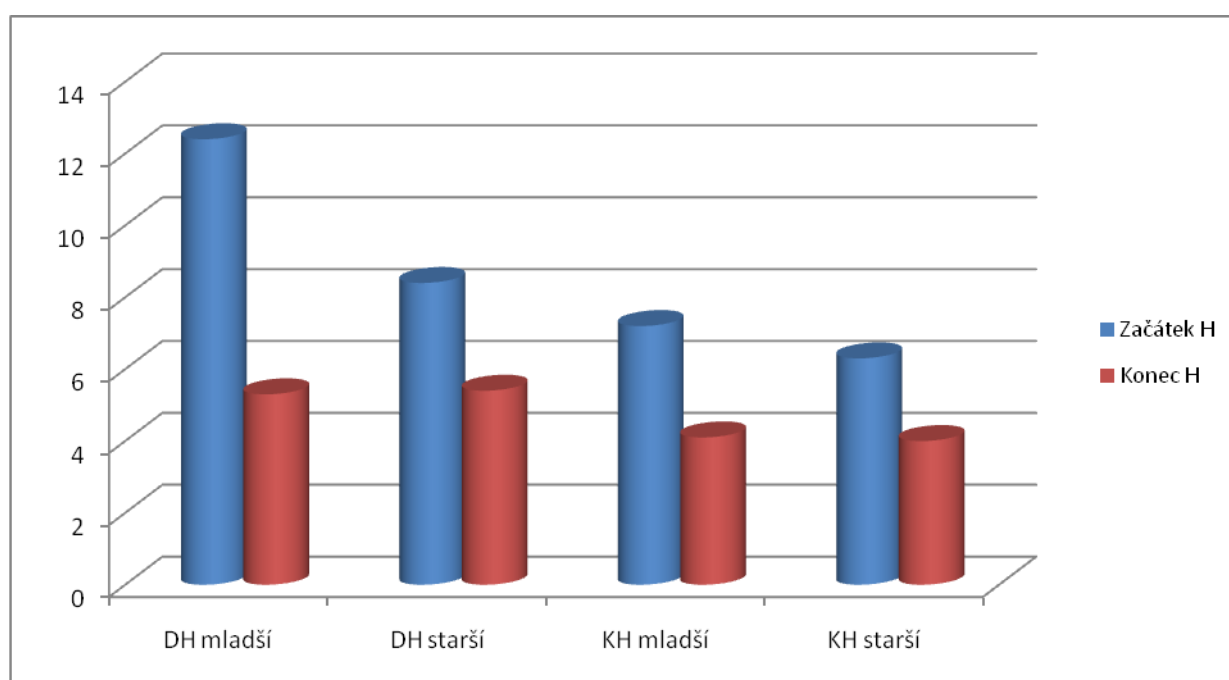
Na **sebeúctu – její snížení** - skutečnost hospitalizace **neměla nikterak výrazný vliv u dětí KH – mladších i starších**, jejich skóre se blížilo maximální možné hodnotě dosažitelné v této komponentě. U starších dětí se skóre přiblížilo maximu o 0,34 bodů, u mladších o 1,6 bodů. Hodnoty u dětí DH byly nižší, ale u starších dětí DH se přesto pohybovaly nad mediánem a maximu se přiblížily o 3,34 bodů. Oproti tomu u **mladších dětí DH se hospitalizace podepsala na snížené sebeúctě výrazně** – dosažené hodnoty sebehodnocení byly pod úrovní mediánu, o 1,64 bodů. U 3 dětí dokonce hodnota skóre dosáhla minima a maximální hodnoty přesáhly medián pouze u 5 dětí.

U skupiny **mladších dětí DH naopak fakt ukončení hospitalizace sebeúctu výrazně posílil** – došlo k největšímu zlepšení ze všech skupin, skóre se zvýšilo více než dvakrát a dosahovalo o 2,07 bodů k maximu. U starších dětí DH a mladších dětí KH posun sebevědomí (o 1,14 bodů u DH a 1,06 bodů u KH) nebyl nikterak významný, u starších dětí KH dokonce nevýznamný – o 0,34 bodů. Minimální posun sebevědomí u těchto skupin je však dán faktem, že hospitalizace jejich míru sebevědomí příliš neovlivnila a skóre dětí se i na počátku hospitalizace ohybovalo u hodnot maxima.

5. Depresivní nálady (DEPN)

Tab. č. 8: Získané výsledky u komponenty Depresivní nálady

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	12,4	5,3	7	4	19	14	4	12,5	24
DH starší	8,4	5,4	4	4	21	13			
KH mladší	7,2	4,1	4	4	15	5			
KH starší	6,3	4	4	4	12	4			



Interpretace + komentář:

Stejně jako u výsledků předchozích komponent, i zde nejhůře hospitalizaci prožívali na jejím počátku mladší děti DH, hodnota depresivních nálad této skupiny se o jednu desetinu přiblížila mediánu. 8 dětí zde dokonce medián překročilo. Druhé nejvyšší skóre mají starší děti DH, nejvyšší skóre u 2 dětí přesáhlo medián (14 a 16) a 1 dítě se dokonce přiblížilo o 3 body maximu. Dosažená hodnota skóre starších dětí DH však byla nižší o 4 body oproti mladším dětem DH, a přiblížila se výsledkům dětí KH, které byly vcelku vyrovnané. Jejich hodnoty jsou v dolní polovině

škály, v případě starších KH dětí pouze o 2,33 bodů a v případě mladších dětí KH o 3,2 bodů nad minimem. Hospitalizace tedy pro skupinu KH dětí důvod k depresivním náladám není.

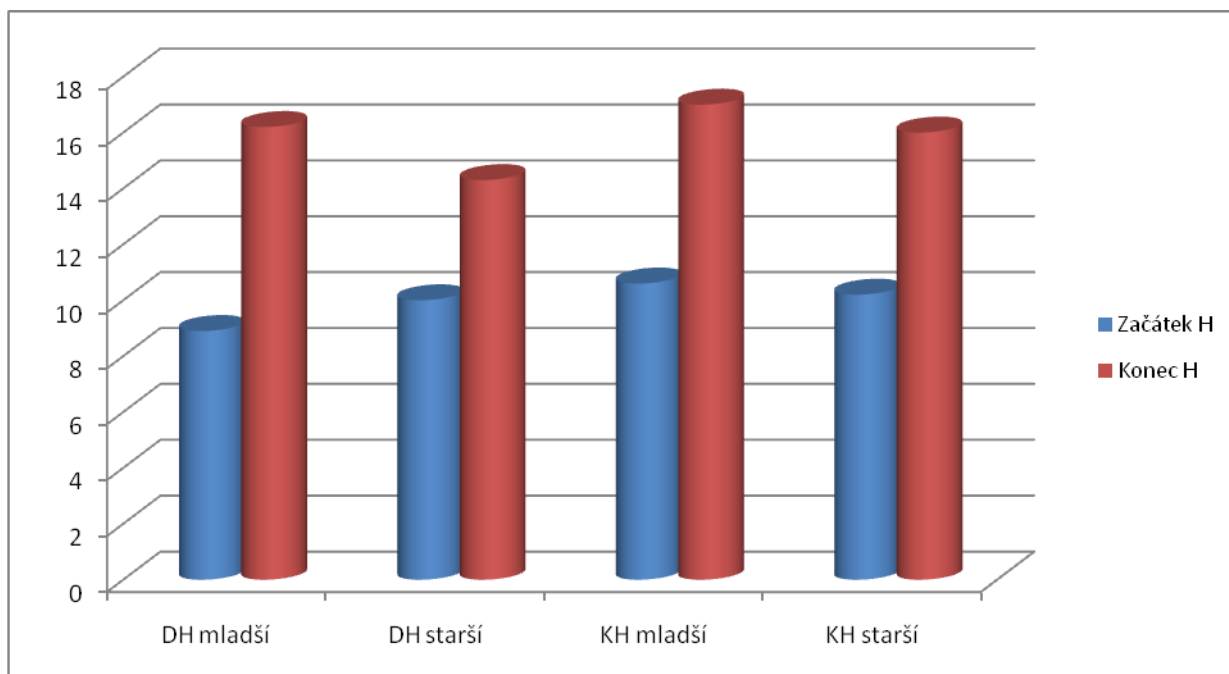
Závěr hospitalizace znamenal výrazný ústup depresních nálad u všech skupin, výsledky KH dětí se již u většiny dětí pohybovaly okolo hranice minima a - pouze 1 mladší dítě mělo výsledek svého skóre 5, všechny ostatní děti KH měly skóre na hodnotě minima.

U DH dětí je celkové skóre skupiny vyrovnané u mladších i starších dětí, avšak o 1 bod vyšší než u dětí KH, přesto je i u nich výskyt depresivních nálad minimální. Více než polovina (9/15) u obou skupin – u dětí mladších i starších žádnými depresivními náladami netrpělo, hodnoty 5 dětí shodně u obou skupin se rovněž pohybovaly ve spodní hranici bodové škály a pouze 1 dítě z každé skupiny překročilo svým skóre hodnotu mediánu – s hodnotou 14 u mladšího a 13 u staršího dítěte. Jejich posun, a to zejména posun mladších dětí směrem k ústupu depresivních nálad je tedy ze všech skupin nejmarkantnější.

6. Radost v životě (RADŽ)

Tab. č. 9: *Získané výsledky u komponenty Radost v životě*

POPŽ	Skóre		Min.		Max.		Min.	Medián	Max.
	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.	Začátek h.	Závěr h.			
DH mladší	8,9	16,2	8	13	12	20	5	10,5	20
DH starší	10	14,3	6	10	17	17			
KH mladší	10,6	17	8	15	13	20			
KH starší	10,2	16	6	13	14	17			



Interpretace + komentář:

Z výsledků je patrné, že RADŽ u všech skupin na začátku hospitalizace je nízká – pohybovala se okolo mediánu, u mladších dětí DH pod hodnotou mediánu o 1,134 bodů. Minimální hodnoty skóre všech skupin se pohybovaly u hranice minima. Výsledky celkového skóre všech skupin vyjma mladších dětí DH jsou vyrovnané.

Na konci hospitalizace došlo k výraznému posunu všech skupin směrem k vyššímu prožívání radosti v životě, minimální hodnoty již přesáhly medián a maximální hodnoty se blížily maximu, u mladších dětí DH a starších dětí KH jej dokonce dosáhly. Největší posun jsme zaznamenali u mladších DH dětí, pro tyto byla hospitalizace nejvíce zátěžová, radost z jejího ukončení tedy byla maximální. Nejmenší skóre v komponentě RADŽ dosáhla skupina starších DH dětí. Důvod spočívá především ve skutečnosti, že děti se nevracely domů zcela vyléčené, ale pouze do domácího léčení, v případě poúrazových stavů je čekalo ještě vleklé domácí léčení a rekonvalescence. V případě kožních problémů děti věděly, že právě skončená hospitalizace není konečná, že budou dříve či později hospitalizovány znovu a opakovaně, a že jejich problémy se nevyřešily, pouze jenom na čas ustoupily, či se alespoň zmírnily. Důvod k radosti ze života tedy pro ně ani faktem ukončení hospitalizace není výrazně vnímán a tedy ani prožíván.

2. 3. 2 Analýza výsledků testu sociální opory (Mareš, 1991) – interpretace a diskuze

Okruh otázek č. 1 – 3 se zabývá délkou hospitalizace dotázaných dětí, skutečnou i předpokládanou a celkovými pocity z hospitalizace.

Interpretace odpovědí na okruh otázek č. 1

JAK DLOUHO JSI V NEMOCNICI? JAK DLOUHO TU JEŠTĚ BUDEŠ? JAK SE TADY CÍTÍŠ?

Okruh těchto otázek se týkal zjištění aktuální délky hospitalizace, očekávané délky hospitalizace a celkového pocitu z hospitalizace.

Aktuální délka hospitalizace:

Jedná se o dobu hospitalizace, kterou děti uváděly v den, kdy s nimi byly realizovány rozhovory.

- **Hospitalizace do 1 týdne včetně (2 – 8 dní)**

Většina ze 60 oslovených dětí (**45**), tj. 75%, v době realizace rozhovorů, byla v nemocnici relativně krátce, tj. **do 1 týdne**. Jednalo se o všechny děti KH (**30**) a polovinu, tj. **15/30** dětí DH.

15/30 dětí KH byly buď v nemocnici čerstvě (2. den – **8** dětí), nebo se naopak jejich pobyt chýlil ke konci (6. den – **7** dětí). Zbýlých 15 dětí KH bylo v nemocnici 3 – 5 dní – délka pobytu těchto dětí je rovnoměrně rozložená: 3. den 4 děti, 4. den 6 dětí, 5. den 5 dětí.

Dle věku KH dětí toto rozložení (že jsou děti buď „nováčky“, nebo je naopak jejich pobyt u konce) souhlasí u starších dětí: 11/15 – 6 „nováčků“ a 5, kteří jdou druhý den po rozhovoru domů. U mladších dětí je největší zastoupení (5) dětí, které jsou v nemocnici 4 dny, tedy polovinu týdne, četnost délky pobytu ostatních je rovnoměrně zastoupena: 2. den 2 děti, 3. den 3 děti, 5. den 3 děti a 6. den 2 děti.

U 50 % dětí DH (**15/30**) hospitalizovaných krátce, tj. do 1 týdne, je věkové rozložení respondentů rovnoměrně rozložené – 7 mladších a 8 starších dětí. I zde, stejně jako u dětí KH, u mladších dětí četnost odpovědí na aktuální délku pobytu je rovnoměrná – 3. den 2 děti, 4. den 1 dítě, 6. den 2 děti a 7. den 2 děti. U starších dětí je nejvíce respondentů (5) „nováčky“, zbylé 3 děti jsou v nemocnici 5 – 8 dní (vždy po 1 respondentu).

- **Hospitalizace delší než týden - od 1,5 týdne včetně (10 dní) a delší**

Jednalo se o **15** dětí DH – 8 mladších a 7 starších - rozpětí aktuálně udávané délky hospitalizace se pohybovalo od 10 dní do 3 týdnů a 1 den.

U všech dětí DH napříč věkem je nejvíce respondentů (**9**) aktuálně v nemocnici cca **2 týdny**: 5 mladších dětí (2 děti 16 dní, 2 děti 14 dní a 1 dítě 15 dní) a 4 starší děti (1 dítě 13

dní a 3 děti 14 dnů)

Zbylých 6 odpovědí dětí (3 mladších a 3 starších) je individuálních, avšak i zde bychom našly shody napříč věkem: 10 dní - 2 děti: 1 mladší a 1 starší; 3 týdny a 1 den – 2 děti: 1 mladší a 1 starší; 17 dní – 1 starší dítě a 1 měsíc – 1 mladší dítě.

Očekávaná délka hospitalizace

6) Vyhodnocení znalosti o propuštění do domácího léčení

Podle *očekávané délky hospitalizace* můžeme děti DH i děti KH rozdělit do třech skupin.

10. Děti, které věděly přesně, kdy půjdou domů: 26 dětí, tj. 43,3 %

11 KH (6 mladších a 5 starších dětí) a 15 DH (7 mladších a 8 starších dětí)

KH: 9 dětí **zítra** (všech 6 mladších dětí, které znaly přesné datum propuštění a 3 starší děti a 2 starší děti **pozítrí**). Jednalo se tedy o děti, u kterých se v den rozhovoru končil jejich pobyt ve FN HK.

(15/30) dotázaných DH dětí, tj. 50% znalo datum svého propuštění – 7 mladších dětí a 8 starších.

- Z těchto dětí u **8** z nich (2 mladší a 6 starších) se stejně jako u dětí KH jednalo o děti, u kterých se v den rozhovoru končil jejich pobyt ve FN HK. Z mladších dětí (2) 1 děvče odpovědělo **dnes** a 1 dítě **zítra**; 3 starší děti odpověděly **zítra** a 3 starší děti **pozítrí** (2 děti pozítrí, 1 dítě za 2 dny)

- **7** dětí DH čekal ještě delší pobyt (5 mladších a 2 starší děti).

Mladší děti měly v nemocnici ještě strávit zhruba týden: 3 děti: 7 dní (1); 8 dní (2); 1 dítě 14 dní a 1 dítě 18 dní.

Starší děti čekal ještě pobyt v délce 10 dní (1) a 14 dní (1).

11. Děti, které měly rámcovou představu o svém předpokládaném odchodu – 17 dětí (tj. 28,3 %)

7 dětí KH (2 mladší a 5 starších) a 10 DH dětí (4 mladší a 6 starších).

Nejvíce dětí KH, které mají rámcovou představu o ukončení svého pobytu v nemocnici (5 – 2 mladší a 3 starší) má před sebou pouze 1 – 2 dny hospitalizace: odpovědi mladších dětí (2) **možná zítra**, u starších dětí (2) **asi zítra nebo pozítrí**, 1 dítě **za 2 dny**.

2 starší děti KH čekal pobyt delší (4 – 7 dní): odpovědi asi za 4 dny, asi ještě týden.

5 dětí DH (všechny 4 děti mladší a 1 starší) čekal v nemocnici ještě **zhruba týden**: jednalo se o děti, jejichž odpovědi zněly: „v pátek nebo v pondělí“ – tj. cca 4 – 7 dní (1 starší

dítě); „někdy koncem týdne“ (1 mladší); „asi týden“ (3 mladší)

Většinu (5) starších dětí DH, které měly představu pouze přibližnou, čekal v nemocnici pobyt delší než 1 týden: „asi 14 dní“ (3); „8 – 12 dní, podle výsledků“ (1), „asi ještě 2 – 3 týdny“ (1)

12. Děti, které nevěděly – 17 dětí (tj. 28,3 %)

12 KH (7 mladších a 5 starších) a 5 DH (4 mladší a 1 starší)

U KH dětí byl větší výskyt těch, kdo neměli ani rámcovou představu, kdy půjdou domů – 12/30 dotázaných, tj. 40% než u dětí dlouhodobě hospitalizovaných – 5/30 dotázaných, tj. 16,6%)

Celkově větší nejistotu zažívaly děti mladší (11) oproti dětem starším (4)

Celkový pocit z hospitalizace bychom mohli rozdělit do škály od kladných odpovědí, po neutrální, smířené až po negativní.

7) Vyhodnocení celkového pocitu z hospitalizace dle délky hospitalizace

13. Kladný pocit – 36 dětí, tj. 60 %

Většina z dotázaných dětí napříč délkou hospitalizace v nemocnici v den realizace rozhovorů zažívá pocity **kladné** (19 KH: 11 mladších a 8 starších dětí a 17 DH: 9 mladších a 8 starších dětí), bez jediné výtky.

U KH se jednalo o odpovědi „dobrý / dobré“ (11: 5 mladších a 6 starších dětí); „dobře“ (4 mladší); „tady pěkný, baví“ (1 mladší); „dobrý, stejný jako doma“ (1 starší).

2 odpovědi (1 starší a 1 mladší) ke kladnému vyjádření doplnily zdůvodnění, proč se v nemocnici cítí dobře „dobrý – mám tady kamarády, počítač“ (1 mladší dítě) a „dobře – je tu příjemný personál“ (1 starší dítě).

DH děti žádné takovéto zdůvodnění neuvedly, jejich odpovědi byly stručnější, s tím, že 3 děti vyjádřily své pocity v superlativech: 2 mladší děti „jako doma“ (1); „pěkně“, „dobře“ (1) a 1 starší dítě uvedlo, že se cítí „výborně“.

Ze 14 dětí DH (7 mladších a 7 starších) vyjádřilo, že se v nemocnici cítí „dobře“ (8) - 4 mladší a 4 starší; že je to „dobrý“ (6) - 3 mladší a 3 starší.

14. Kladně - neutrálně / neurčitě - laděné odpovědi – 8 dětí, tj. 13,3 %

5 KH (2 mladší a 3 starší) a 3 DH (1 mladší a 2 starší děti)

Jednalo se o 3 KH odpovědi „docela dobře“ (1 mladší a 2 starší); „jde to“ (1 mladší dítě KH a všechny DH děti)

U mladších dětí napříč délkou hospitalizace jsme zaznamenaly skutečnost, že jich minimum (2) vyjádřilo odpovědi neurčité či neutrální. Soudíme, že je to z toho důvodu, že mladší děti nerozliší příliš drobné nuance pocitů a buď jsou spokojené, nebo vystrašené.

I tyto odpovědi bychom na škále pocitů zařadily spíše ke kladným. Dohromady tedy vcelku kladné pocity během aktuální hospitalizace bez vyjádření jakékoli výtky zažívá 44 dětí /60 dotázaných, tj. 73,3%.

15. **Kladný, ale...** - 2 děti (děvčata)

Kladný pocit narušený výtkou vyslovily 2 mladší děti DH. Výtka se týkala, skutečnosti, že by dotyčná byla raději doma: „dobrý, ale radši bych byla doma“ (1) a druhá výtka se týkala skutečnosti, že se dotyčná v nemocnici musí učit – „dobrý, ale nerada se učím“ (1).

16. **Smířená odpověď:** 2 děti

Smířené odpovědi, které si na nemocniční prostředí zvykly a berou je jako akceptovatelnou nutnost, vyjádřily 2 starší děti (1 KH a 1 DH). Odpovědi zněly „není to nejhorší“ (KH) a „v pohodě, jsem na to zvyklá“ (DH).

17. **Kolísavá** – 1 dítě

Jednalo se o odpověď „někdy dobře, někdy špatně“ – 1 mladší chlapec DH.

18. **Negativní odpovědi:** - 11 dětí

Jednalo se o 5 KH dětí (2 mladší a 3 starší) a 6 DH dětí (2 mladší a 4 starší děti).

Hlavním prvkem v negativních vyjádření byly pocity **nudy a neutíkaní (je to tu dlouhé)** – 7 dětí - 3 děti KH (1 mladší a 2 starší) a 4 děti DH (3 starší a 1 mladší děvče, které bylo v nemocnici již měsíc (po dvou operacích kvůli CMP na neurochirurgii, 4. třída, vyjádřilo kromě pocitu neutíkaní „... je to tu dlouhý, ..“ i porovnání pocitovosti na dvou odděleních – „... ale lepší než na JIP, tady se mi líbilo.“)

Vyjádření dalších ryze negativních odpovědí, ve kterých pocity nudy a neutíkaní přímo nefigurovaly, se týkalo zbylých 4 dětí (2 děti KH + 2 děti DH – shodně v obou případech 1 mladší a 1 starší dítě)

1 mladšímu dítěti KH vadí, že se i v nemocnici musí učit: „špatně, musím se tu učit“ a 1 mladší dítě DH zažívá pocity úzkosti z vlastního nemocničního prostředí: „cítím se, jako když ráno vstávám do školy, chci už domů.“

2 starší děti rovněž zažívají nepohodu kvůli vlastní hospitalizaci jako takové: „nic moc“ (KH) a „jako v nemocnici“.

U dětí, které zažívají negativní pocity, do značné míry může tyto generovat nebo prohlubovat fakt, že zažívají nejistotu z toho, kdy je čeká odchod domů, nebo, pokud to alespoň rámcově tuší, tak buď je čeká ještě dlouhý pobyt (kolem 14 dnů), nebo jsou již v nemocnici naopak dlouho (vyjma 1 dítěte, kterému vadí, že se v nemocnici musí učit (mladší KH) – to čeká propuštění z nemocnice již druhý den a 1 staršího děvčete, které se v nemocnici nudí, protože jí odešly kamarádky domů).

9 dětí z těch, které vyjádřily negativní pocity, 4 vůbec netuší, kdy půjdou domů (3 KH: 1 mladší a 2 starší a 1 mladší DH).

Ze zbylých 5 dětí 1 mladší děvče DH jde po měsíční hospitalizaci domů, a 4 starší děti DH jsou buď již v nemocnici dlouho: 14. den, 3. týden (2), nebo sice krátce (od včerejška), ale čeká je 2 – 3 týdenní hospitalizace (2).

Interpretace odpovědí na okruh otázek č. 2

Ot. č. 2. KDY SES V NEMOCNICI BÁL/A? BOJÍŠ SE BÝT TADY? BOJÍŠ SE LÉKAŘE NEBO SESTRÍČKY?

První otázku autorka zpřesnila tím, že se při dotazování dětí zeptala, zda už dotyčný nemocnici někdy byl / byla nebo jestli je hospitalizován / hospitalizována poprvé. Teprve poté vznesla dotaz, zda se v nemocnici něčeho bál a čeho, jestli se bojí teď a jestli se bojí lékařů nebo sestřiček - odpovědi na tyto otázky budou tedy rozděleny do těchto oblastí.

Zkušenosti dětí, které jsou v nemocnici poprvé, ve vztahu k zažívání strachu či úzkosti

25 dětí je v nemocnici **poprvé** (18 KH: 10 mladších a 8 starších a 7 DH: 5 mladších a 2 starší děti). 15 mladších, tedy přesně 50% všech dotázaných mladších dětí je tedy v nemocnici poprvé.

- **V nemocnici se nebojím**

U dětí, které jsou v nemocnici poprvé (**25**), se **ničeho nebojí** 15 dětí celkem: 10 dětí KH (3 mladší a 7 starších) a 5 dětí DH (3 mladší a 2 starší)

Zbylých 10 dětí (8 KH: 7 mladších a 1 starší a 2 mladší děti DH) se bály na začátku hospitalizace a teď se nebojí, nebo jejich strach přetrvává (hodnotíme pouze strach předmětný či úzkost, strach ze zdravotnického personálu bude vyhodnocený zvlášť).

- **Na začátku hospitalizace jsem se bál/a, teď se nebojím – 5 dětí**

3 děti KH: 2 mladší a 1 starší a 2 mladší děti DH

Většina těchto dětí se bála na začátku hospitalizace, nevěděly, co je v pro ně dosud neznámém prostředí čeká (3 mladší děti: 1 KH a 2 DH).

Zbylé 2 děti KH uvedly, že se bál injekcí, ale teď už se nebojí (1 mladší) a další chlapec byl „trochu nervózní před operací, ale teď už se nebojí“ (1 starší)

- **V nemocnici se něčeho bojím**

5 mladších dětí KH – 4 z nich zažívají předmětný strach z: **injekcí** (2); **vyšetření** (1); **operace** (1). Jedno děvče zažívá úzkost ze: „...všeho není to jako doma“.

Zkušenosti dětí ve vztahu k zažívání strachu či úzkosti

– děti, které měly předchozí zkušenost z předchozí hospitalizace

Jedná se o 12 dětí KH (5 mladších a 7 starších) a 23 dětí DH (10 mladších a 13 starších dětí), celkem 35 dětí /60 dotázaných, tj. 58,3%.

U dětí, které již měly předchozí zkušenost z hospitalizace (35/60), se nikdy předtím nebály, a ani nyní se ničeho **nebojí** 15 dětí (6 KH: 2 mladší a 4 starší a 9 DH (5 mladších a 4 starší děti)

Zbylých **20** dětí (6 KH a 14 DH) se v nemocnici někdy bálo – buď během předchozí hospitalizace, nebo v průběhu právě probíhající.

- **V minulosti se bály, teď se nebojí** – 11 dětí

5 KH (3 mladší a 2 starší) a 6 DH (2 mladší a 4 starší)

KH děti jako nejčastější důvod obav uváděly **úzkost z toho, co je v nemocnici čeká** (5 DH dětí); dále **operace** (3): 2 KH: 1 mladší a 1 starší a 1 starší DH; **injekce** (2 KH – 1 mladší a 1 starší); 1 mladší dítě KH se bálo **v minulém nemocnici**, ve FN HK se ničeho nebojí.

□ ***Celkový souhrn dětí, které se v nemocnici buď nikdy nebály, nebo se bály někdy předtím či na začátku aktuální hospitalizace, ale nyní se nebojí***

Nikdy se v nemocnici ničeho nebálo 15 dětí, které jsou v nemocnici poprvé a 15 dětí, které už nějakou předchozí zkušenost s hospitalizací mají. Jedná se tedy o 50% všech dětí, které se nikdy v nemocnici nebály.

Dalších 16 dětí (5, které jsou v nemocnici poprvé a 11 těch, kdo už v ní někdy předtím byly), se sice bály na začátku aktuálně probíhající nebo někdy v minulosti, ale nyní, tj. v den realizace rozhovorů, se ničeho nebojí.

46 dětí/60 dotázaných, tj. 76,6% dětí se tedy aktuálně ničeho nebojí, pouze u 14 dětí nějaká forma strachu přetrvává.

Usuzujeme tedy, že prostředí konkrétní nemocnice je vstřícné a snaží se vycházet vstříc potřebám dětí, takže většina z nich důvod k obavám necítí.

Bál/a jsem se v minulosti nebo až nyní, a můj strach či úzkost přetrvává

9 dětí, které již někdy v nemocnici byly (1 starší KH a 8 DH: 3 mladší a 5 starších)

Jako důvod zažívaného strachu či úzkosti jsme u dětí, které již nějakou zkušenost s nemocnicí měly, **neurčitou úzkost z nemocnice jako takové nezaznamenaly**. Všechny tyto děti, které se něčeho bojí, zažívají **strach předmětný**.

Tento se týká u mladších dětí (3): **operací** (1); **injekcí a operací**: „nemám ráda injekce a operace“ (1); **bolestivých vyšetření**: „měření pH v jícnu“ (1)

Starší děti (6) se bojí „že se mi pokazí kanyla“ (2: 1 starší KH a 1 starší DH); **injekcí** (1); **vytahování cévky** (1); **operací** (1); **odběrů** (1).

Strach či úzkost z lékařského personálu

V odpovědích respondentů jsme nezaznamenali zvýšený výskyt strachu z lékařského personálu.

4 mladší děti KH dokonce k předchozím odpovědím, které zmiňovaly důvod předmětného strachu z bolestivých zákroků či operací a neurčité úzkosti, z toho, co je v nemocnici čeká a z neznámého prostředí, doplňovaly, že **lékařů a sestřiček zde se není třeba bát**: „sestřičky jsou tu hodné“, „sestřiček a lékařů ne“; „jsou tu hodní“; „tady jsou hodní“.

Z všech 60 oslovených dětí se lékařů či sestřiček zde bojí pouze **5** dětí.

2 KH + 1 starší dítě DH („jedné sestřičky tady“); 1 mladší dítě DH: „trochu doktorů“.

1 mladší dítě uvedlo, že se bálo v minulosti lékařů a sestřiček: „když mě píchali, tak jsem brečel, teď už nebrečím“. Tato odpověď však spíše než strach z personálu jako takového obsahovala strach z bolestivých zákroků.

Opět i tyto odpovědi potvrzují, že je prostředí nemocnice maximálně dětmi vnímáno jako vstřícné.

Interpretace odpovědí na okruh otázek č. 3

Ot. č. 3. ČEHO SE TADY NEJVÍC BOJÍŠ? CO MYSLÍŠ, OSTATNÍ DĚTI SE TADY TAKY BOJÍ A ČEHO?

Důvod strachu během aktuální hospitalizace

Byl zmíněn již v analýze odpovědí na otázku č. 2.

Názory na výskyt obav a jejich příčinu u ostatních spolupacientů

V souladu s výzkumem A i ve výzkumu B otázka Co myslíš, ostatní děti se tady taky bojí a čeho? „testovala jednak míru respondentovy jistoty, jednak jeho věcný názor.“ (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et al., 2001, s. 193)

- **V nemocnici se ostatní děti nebojí**

11/30 dětí KH (5 mladších a 6 starších dětí) a 14/30 dětí DH, tedy celkem 25 dětí odpovědělo „*ne*“, jsou si tím tedy jistí. Jedna z odpovědí mladšího dítěte KH zněla „*tady ne*“, dotyčná zdůrazňovala, že se nemusí ničeho bát v konkrétní nemocnici.

4/ 30 dětí KH se to, že se ostatní děti nebojí, domnívají - „*asi ne*“ - 3 děti (1 mladší dítě a 2 starší), „*myslím, že ne*“ – 1 starší dítě.

Přesně polovina dotázaných (50%) KH a 46,6% DH dětí, tedy **29** dětí celkem tedy soudí, že samotná hospitalizace není důvod k obavám.

- **Nevím**

4 dotázané mladší děti (2 KH + 2 DH) si netroufaly odhadnout, zda se někdo v nemocnici bojí či nikoliv - odpověď „*nevím*“. Jedna dívka KH odpověď *nevím* zdůvodnila tím, že to netuší, protože je sama na pokoji s televizí.

- **V nemocnici se něčeho bojí hlavně malé děti - 13 dětí**

7 dětí KH (3 mladší děti a 4 starší) a 6 starších dětí DH

Pozn. u 3 mladších dětí KH, tj. dětí mladšího školního věku, odpovědi „malé děti“ znamenaly děti raného a předškolního věku. - „*nevím, ale asi malé děti*“, „*malé děti*“ – 2 děti.

1 odpověď staršího dítěte KH zazněla bez dalšího doplnění - „*malé děti*“, stejně jako u v předchozí odpovědi mladších dětí, byli stejně stručné i starší děti DH (6).

Další 3 děti KH uvedly důvod domněnky, čeho se malé děti bojí: „*malé děti – injekcí*“ - 2 děti. 1 odpověď doplnila, proč se bojí ti malí a větší už obavy mít nemusí: „*Malé děti se bojí, větší vědí, že jim tady pomůžou.*“ (Daniela, 8. třída, cysta na vaječníku)

- **V nemocnici se něčeho bojí i ostatní - 14 dětí**

6 dětí KH (3 starší 3 mladší) a všech 8 dětí DH (5 mladších a 3 starších) zmínily stejné obavy, jako zažívají samy.

Jednalo se o:

- **strach před zákroky a vyšetřeními:**

KH: 3 děti (2 mladší a 1 starší dítě) – mladší děti: **operace** - „*operace*“ a **vyšetření** - „*asi taky vyšetření*“ a starší **injekcí**.

DH: 8 dětí: 2 mladší děti **úzkost** z toho, co případné spolupacienty v nemocnici čeká, 4 děti (2 mladší a 2 starší) strach ze **zákroků a nepříjemných vyšetření**, 1 starší **injekcí** a 1 z toho, **jak vyjdou výsledky vyšetření**.

- **Strach ze zdravotnického personálu** – 2 starší děti KH– „*některých sestřiček*“.

- Zbylá, do určité míry kuriózní odpověď mladšího dítěte KH, zněla „*pavouků*“.

Vyhodnocení zdrojů možné sociální opory během hospitalizace

Okruhy otázek navazujících (č. 4 – 12) se zaměřují na zdroje možné sociální opory během hospitalizace. Zpráva z výzkumu A publikovaná v MAREŠ, et al., 2001 tyto další otázky nevyhodnocovala každou zvlášť, nýbrž se pouze zaměřila na dva okruhy, které se z odpovědí na tyto otázky daly vysledovat, a sice na spektrum možných zdrojů sociální opory a na potřebu získávat sociální oporu během hospitalizace od rodičů.

V rámci vyhodnocování výzkumu B vyhodnotíme jednotlivé otázky zvlášť, jelikož uvedené dva okruhy, které vyhodnotili tazatelé ve výzkumu A, se v jednotlivých odpovědích objeví.

Interpretace odpovědí na okruh otázky č. 4

Ot. č. 4 **CHTĚL / CHTĚLA BYS, ABY TADY S TEBOU BYL NĚKDO POŘÁD NEBO JENOM NA CHVÍLI, NA NÁVŠTĚVU?**

Děti, kterým v nemocnici stačí návštěvy

Převažující odpovědi u dětí zněly, že stačí **návštěvy** - **38** odpovědí celkem (63,3%): 19 KH dětí - 8 mladších a 11 starších – a 19 DH – 6 mladších a 13 starších dětí. Odpovědi jsou tedy napříč délkou hospitalizace i věkem vyrovnané.

8) **23** dětí - 11 dětí KH (3 mladší a 8 starších) a 12 dětí DH (4 mladší a 8 starších) - uvedlo, že jim stačí návštěvy, aniž by připojily, o koho by stály, aby je navštěvoval.

9) **15** dětí - 8 dětí (5 mladších a 3 starší) KH a 7 dětí DH (2 mladších a 5 starších) se dále vyjádřilo k tomu, o koho by jako o sociální oporu stály. Mladší děti stojí o **rodiče** a **rodinné příslušníky** a **kamarády** (odpovědi se lišily dle pořadí, ve kterém děti jednotlivé členy uváděly:

KH: „*dnes přijde babička, rodiče*“ – pozn. – za dobu, kdy autorka práce s dítětem prováděla rozhovor, volali rodiče 2x; „*bratr, mamka, tatka*“; „*bratranec, tatka, mamka*“; „*kamarád, mamka, ségra*.“

DH: „*nejlepší kamarádky, rodiče*“; „*mamka, tatka, strejda*“

1 děvče KH (Veronika, 4. třída, na JIP na chirurgii po kopnutí břicha spolužákem) odpovědělo, že by chtělo, aby s ní byl někdo pořád, ale ne přes noc, hlavně rodiče, pak kamarádky – Bela a Věra – včera za ní byla jedna, dnes – tj. v den rozhovoru, přijde druhá. Tyto kamarádky jí pomohly, když se jí úraz stal a přetrvává intenzivní vděk a potřeba jejich sociální opory, proto je zřejmě zmiňovala hned za rodiči.

U starších dětí (3) KH a (5) DH jsou odpovědi obdobné.

2 děti KH stojí o **maminku** – z nich za jedním chlapcem chodí ob den, za dalším chodí maminka a další **rodinní příslušníci** – „*mamka, ségra, brácha*“ a 1 děvče KH stojí o návštěvy **nejlepší kamarádky**.

U dětí DH ve 3 odpovědích figuruje rovněž **maminka, rodinní příslušníci a kamarádi**: „mamka“; „rodiče, mamka – mám tu kamarády“; „kamarádi“

2 odpovědi DH chlapců hospitalizovaných na kožním oddělení byly spíše negativistické vůči přítomnosti blízkých v nemocnici: „stačí mi návštěvy – babička, rodiče – nechtěl bych, aby tu se mou byli pořád, kontrolovali by mě, nemohl bych dělat lumpárny“; „ne, tady je dovolená od rodičů“.

Děti, které stojí o spolehospitalizaci s někým blízkým

22 dětí (36,6%) - 11 dětí KH (7 mladších a 4 starší) a 11 dětí DH (9 mladších a 2 starší) by si přály, aby s ním / s ní byl někdo blízký **po celou dobu hospitalizace**.

Shodují se tedy preference dětí napříč délkou hospitalizace, přičemž v této preferenci dominují děti mladší.

Děti KH (11) všechny uvedly konkrétní osobu, se kterou by v nemocnici chtěly být.

U dětí DH (11) 5 mladších dětí pouze odpovědělo, že by chtěly, aby s nimi byl někdo pořád, aniž by konkrétně jmenovaly nějakou osobu, zřejmě však stojí o nejbližší, tj. rodiče.

Zbylých 6 dětí DH (4 mladší a 2 starší) blízkou osobu či osoby doplnily.

Spektrum osob, které jsou pro děti důležitou sociální oporou, jsou u mladších dětí **oba rodiče** (3 odpovědi KH + 1 DH), **maminka** (3 odpovědi KH – z nich v jedné kromě maminky ještě figuruje **babička** + 3 odpovědi DH – v nich opět ve dvou figurují ještě další členové rodiny nebo kamarádi: „mamka, sestra“; „mamka, tatka, babička“) a **tatínek** – 1 odpověď KH

U starších dětí (6) - 4 KH uváděly **maminku** - 2 odpovědi a **kamarády** - 2 odpovědi.

2 starší děvčata DH stojí 1 o **maminku** a **nejlepší kamarádku** a 1 o **babičku** (žije u babičky a u dědy)

Jeden z možných důvodů, proč většině dotázaných stačí návštěvy, je zřejmě skutečnost, že u dotázaných jsou návštěvy časté, střídají se, takže se děti necítí osamělé. Dalším důvodem je zřejmě i skutečnost (a částečně i z předchozího může vyplývat), že se oslovené děti v nemocnici cítí dle svých slov dobře a nezažívají strach a negativní emoce jak z prostředí nemocnice, tak z případných zákroků, ani ze zdravotnického personálu samotného – viz analýza otázek 1 – 3.

Interpretace odpovědí na okruh otázek č. 5

Ot. č. 5 **MÁŠ DOMA NĚJAKÉ ZVÍŘÁTKO? CO MYSLÍŠ, ŽE ASI TEĎ DĚLÁ? CHYBÍ TI TU?**

Tato otázka doplňovala předchozí a jejím záměrem bylo zjistit, jakou roli hraje v důležitosti sociální opory u oslovených dětí nejen opora lidská, ale i opora zvířecí.

Ve výzkumu A k této otázce tým tazatelů konstatoval, že „u dětí a dospívajících určitou roli hrají i zvířata, která zanechali doma: pes, kočka, morče, křeček, myši, králíci, andulky,

rybičky, ale také ovce, had. Nejčastěji dětem chybí jejich kamarád pes.“ (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et al., 2001, s. 193) Přesná čísla zmíněný kolektiv autorů neuvádí.

Výzkum B rovněž potvrdil, že zvířata, která oslovené děti zanechaly doma, i pro ně roli, a to dosti podstatnou, hrají.

Nějaké zvířátko či zvířátka má doma **52** dětí - všechny oslovené děti DH (30) a 22 dětí KH, 8 dětí - 7 dětí KH (6 mladších a 1 starší) a 1 starší dítě DH zvířátko nemá.

Jejich zvířátka 11 dětí z oněch 52 nechybí (9 dětem/30 DH – 7 mladším a 2 starším) a 2 dětem /23, které doma zvíře mají, jedno mladší dítě DH si tím není jisté. Ostatním 40 dětem/ 60 dotázaným, tj. 68,3% jejich zvířátko při pobytu v nemocnici **chybí**.

Nesmírně zajímavé zjištění přinesly odpovědi dětí dle věku na otázku, zda jim jejich zvířátko zde v nemocnici chybí.

U mladších dětí DH i KH byly odpovědi rovnoměrně rozložené – **7** DH a **8** KH dětem chybí, 7 DH a 6 KH nechybí, 1 dítě KH si není jisté, jestli ano nebo ne.

Naopak u starších dětí napříč délkou hospitalizace jejich mazlíček ve většině případů chybí.

26 dětem / 30 všech oslovených starších dětí jejich zvíře chybí - **13** / 15 DH dětí a 13/ 14 KH, které doma mají zvířátko. Pouze 3 starším dětem (2 DH a 1KH) nikoli.

Co se týče druhové rozmanitosti chovaných zvířat, souhlasí pořadí prvních dvou zvířat v uvedeném výčtu výzkumu A (MAREŠ, 1991).

- **26** dětí (16 DH a 10 KH) má doma **pejska**, buď jenom jeho, nebo i s dalšími zvířaty.

12 dětí (4 KH a 8 DH) má jenom pejska.

7 dětí (6 mladších dětí KH a 1 mladší DH) má pejska a další zvířátko, pes jim chybí nejvíc.

V 5 odpovědích je pes uveden ve výčtu zvířat, dotyčným chybí všechna zvířata stejně.

V dalších 2 variantách odpovědí je pes uveden pouze ve výčtu, ale na prvním místě figuruje jiné zvíře.

- 2. místo v počtu zastoupených zvířat v odpovědích má **kočka** – **10** odpovědí (5 starší děti DH a 5 KH – 2 mladší a 3 starší děti)

2 starší děti KH mají jenom kočičku.

6 dětí - 4 děti DH (2 mladší a 2 starší) a 2 starší děti KH mají kočičku ve výčtu, na prvním místě však figuruje jiné zvíře.

2 děti (2 starší děvčata DH + KH) mají kočku a další zvířátka, kočka jim chybí nejvíc.

- 8. 3. příčka četnosti v zastoupení chovaných zvířat u oslovených dětí patří **králíkovi** – 8 dětí (5 dětí KH - 3 mladší a 2 starší - a 3 děti DH (2 mladší a 1 starší dítě).

U DH figuruje králík či králíci pouze jako jedna z variant odpovědí, nejvíce jim chybí jiné zvířátko. U KH dětí (4 děti: 2 mladší a 2 starší) mají pouze králíka a chybí jim, jedno mladší děvče KH má králíka ve výčtu, na prvním místě však figuruje jiné zvíře.

• Na 4. místě se umístili ptáci – **papoušek** (2 děti), **korela**, **andulka** – celkem 4 odpovědi – 1 mladší dítě DH a 3 KH (1 mladší a 2 starší).

Jeden starší chlapec KH, který doma papouška má, se na otázku, zda mu jeho zvířátko chybí, usmál a odpověděl, že ano, ale ještě víc chybí samotnému papouškovi: „*trhá si brka, vždycky když nejsem doma, stýská se mu.*“

5. místo shodně obsadily (vždy po 3 zastoupeních v odpovědích) **potkani**, **morčata**, **křecci**, **činčila** a **želvy a slepice**.

6. místo (vždy po 2 zastoupeních v odpovědích) patří **osmákovi degu** a **rybičkám**.

Po jedné odpovědi děti chovali **leguána** a **čínské prasátko**.

Na závěr interpretace odpovědí na ot. č. 5 v této souvislosti lze najít analogii se **stimulačním významem zvířat**, resp. s pomyslným žebříčkem jejich podnětové hodnoty, který stanovil Matějček (1999) a který byl uveden v kapitole ... Pořadí četnosti chovaných zvířat dle druhu u oslovených dětí a vnímání jejich důležitosti resp. přiznání, že jim jejich zvíře chybí, totiž až na drobné odchylky kopíruje tuto klasifikaci.

Hledání sociální opory nemocnými dětmi v situaci fyzické nepohody, kdy je něco bolí, kdy se necítí dobře

Otázky 6 – 9 se zaměřují na hledání sociální opory nemocnými dětmi v situaci fyzické nepohody, kdy je něco bolí, kdy se necítí dobře, přičemž otázka 9 se přímo táže na to, zda děti osloví zdravotnický personál – sestřičku či lékaře, když „se necítí dobře“.

Interpretace odpovědí na otázku č. 6

Ot. č. 6 KDYŽ TĚ NĚCO BOLÍ, ŘEKNEŠ O TOM NĚKOMU?

Výzkum A zjistil následující: „*Pokud mají děti či dospívající bolesti, pak obvykle reagují rozdílně podle toho, jsou-li doma nebo v nemocnici. Doma se obracejí nejčastěji na maminku (9 respondentů), na oba rodiče (3 respondenti), na tatínka (2 respondenti), ojediněle na kamaráda či učitelku. Dvě dospívající dívky (13 a 18 let) prohlásily, že se doma s bolestmi nesvěřují nikomu*“ (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et al., 2001, s. 193).

Na základě těchto zjištění byla otázka „Když tě něco bolí, řekneš o tom někomu?“ doplněna o dovětek – pokud ano, komu doma a komu tady.

Osoby, které představují sociální oporu, které se děti svěřují s bolestí doma

26 dětí DH: všechny mladší děti DH (15) a 11 starších DH dětí, a **18** dětí KH: 8 mladších a 10 starších dětí KH se doma svěřují s bolestí **mamince**, celkem se jedná o **44** dětí/60, tj. **73,3** %.

1 starší děvče KH se doma svěřuje babičce – bydlí však nikoli s rodiči, nýbrž s babičkou a s dědou, tito tedy plní zástupnou roli rodičů, resp. babička roli maminky.

U starších dětí DH sice nejdůležitější vyhledávanou sociální oporou zůstává maminka, (4), ale již se rozšiřuje i o další členy rodiny, zejm. tatínka, resp. **oba rodiče**.

Stejně tak je tomu u KH dětí (9: 5 mladších a 4 starší dětí) v roli sociální opory doma vidí oba rodiče, případně další členy rodiny.

Oba rodiče uvedlo jako sociální oporu 9 dětí KH (5 mladších a 4 starší dětí).

Rodiče uvedly 4 starší děti KH.

Z 5 mladších 3 děti uvedly odpověď „rodiče“; 1 dítě k rodičům doplnilo nejlepšího kamaráda a 1 mladší dítě oběma rodiči míní maminku + „středu“ (partner maminky, který s nimi žije ve společné domácnosti a kterého dotyčná bere jako tatínka).

2 zbylé mladší děti KH uvedly jako osoby, kterým by se doma svěřily s bolestí, „tatku“ (1) a „bráchu“ (1).

Osoby, které představují sociální oporu, které se děti svěřují s bolestí v nemocnici

- **V nemocnici se svěřuji sestřičce / sestřičkám - 37 dětí** ze všech dotázaných.

Jedná se o 16 DH dětí (7 mladších dětí a 9 starších dětí) - pozn. jedno starší děvče z oněch 9 starších dětí k sestřičce připojilo i kamarádky na pokoji.) a 21 KH dětí (11 mladších a 10 starších dětí), tedy 26 dětí celkem.

- **V nemocnici se svěřuji mamince (je tu se mnou) - 4 dětí**

1 KH a 3 DH mladší děti, se kterými je spolehospitalizovaná **maminka** (z DH dětí 2 chlapci 1. třídy a 1 chlapec 3. třídy, 1 děvče 4. třída a 1 KH děvče 4. třída), se s bolestí nejdříve svěřují jí, teprve v druhém sledu sestřičce.

- **V nemocnici se svěřuji bud' sestřičce / sestřičkám, nebo lékařům - 9 dětí**

Další variantou odpovědí byly odpovědi, ve kterých figurovaly **jak sestřičky, tak lékaři** – 9 dětí: 6 dětí DH (3 mladší a 3 starší) a 3 děti KH (1 mladší dítě a 2 starší) KH.

7 z těchto dětí: 4 děti DH: shodně 2 mladší a 2 starší děti DH a všechny 3 děti KH uvedly sestřičky na 1. místě.

2 děti DH (1 mladší + 1 starší dítě) uvedly pořadí opačné – lékaři nebo sestřičce)

- **V nemocnici se svěřuji raději lékařům - 10 dětí**

10 dětí se svěřují raději nejprve **lékařům**, a teprve v druhém sledu sestřičkám. Četnost odpovědí napříč věkem i délkou hospitalizace je zde naprosto shodná: 5 dětí DH (2 mladší a 3 starší chlapci) a 5 dětí KH (2 mladší a 3 starší).

Interpretace odpovědí na okruh otázek č. 7

Ot. č. 7 KDYŽ TI JE NEJHŮŘ, KOHO CHCEŠ U SEBE MÍT? A KDYŽ TEN NEJDŮLEŽITĚJŠÍ NEMŮŽE, KDO BY TO MOHL BÝT?

Tato otázka testovala hlavní zdroj sociální opory pro oslovené děti. Při předvýzkumu B však respondenti nepochopili, co přesně je míněno slovem „nejhůř“, ve vlastním výzkumu B tedy tato otázka byla formulována: Když ti není dobře, jsi nervózní, očekáváš špatnou zprávu, koho bys chtěl mít u sebe jako oporu? Rozdíl mezi ot. č. 6 a ot. č. 7 je v povaze zažívané nesnáze. Otázka 6 se zaměřovala hlavně na bolestivou situaci, ot. 7 se týkala spíše psychické strážně.

Nejvíce odpovědí (**21** dětí: 8 KH a 13 DH) uvedlo jako nejdůležitější osoby rodiče - **maminku a tatínka**.

Tyto byly v různém pořadí, přesné formulace odpovědí zněly: „*rodiče*“ (**7**: 3 KH - 2 mladší a 1 starší KH a 4 DH: 3 mladší a 1 starší dítě DH), „*mamku a tatku*“ (**10**: 3 mladší KH a 7 DH: 6 mladších a 1 starší); „*rodiče, mamka*“ (1 starší dítě KH); „*tatka, mamka*“ (1 mladší děvče KH), „*je mi to jedno – táta nebo máma*“; (1 starší dítě DH); „*rodiče, celá rodina*“ (1 mladší dítě DH)

1 starší děvče DH uvedlo babičku s dědou, vzhledem k tomu, že s nimi a se čtyřmi nevlastními sourozenci žije ve společné domácnosti, tyto fungují spíše jako rodiče.

Samotnou **maminku** by chtělo mít u sebe **7** dětí – 4 KH: 1 mladší a 3 starší a 3 mladší DH).

Jenom **tatínka** uvedl 1 mladší chlapec KH: „*tatku, máma z toho vždycky dělá drama*.“

Celou rodinu zahrnující prarodiče, někoho ze sourozenců, nebo jenom jeho / ji, nebo někoho z širší rodiny, by si přálo **11** oslovených dětí: 8 KH: 4 mladší a 4 starší děti a 3 DH děti: shodně 2 mladší a 1 starší dítě).

Mladší děti KH: „*brácha*“ (1); „*ségra*“ (1); „*mamka, babička, rodina*“ (1); „*teta a Danielek-bratranec*“ (1).

Starší děti KH: „*rodiče, babička*“ (2); „*bratr, mamka*“ (1); „*babička, ségra*“ (1) – pozn. bydlí s babičkou a s dědou.

Mladší děti DH: „*mamka, bratr*“ (1); „*sestra, mamka*“ (1).

Starší děti DH: „*mamku, ségru*“ (1)

Rodinu nebo někoho z rodinných příslušníků, a nikoho jiného, by si tedy celkem přálo u sebe v náročné situaci **41** dotázaných, tj. 68,3%.

Zbýlých 19 dětí (31,7%) by si u sebe přálo **kombinaci někoho z rodiny a kamaráda / kamarádku (10)**, nebo **jenom kamarády (5)**, uvedlo **jinou variantu (4)**.

Někoho z rodiny nebo kamarády si přály 4 děti KH (1 mladší a 3 starší) a 6 starších dětí DH:

KH: 1 mladší: „*rodiče, kamarády*“; 3 starší: „*mamka, nejlepší kamarádka*“ (2); „*mamka, známý*“ (1).

DH: „*mamka, nejlepší kámoška*“ (2); „*nejlepšího kamaráda, mamku*“ (1); „*mamka, kamarádi*“ (1); „*rodiče, bráchu nebo kamaráda*“ (1); „*někoho z rodiny nebo dobrého kamaráda*“ (1).

Jenom kamarády uvedlo 5 dětí (4 KH děvčata: 2 mladší a 2 starší a 1 starší DH)

Mladší děti KH uvedly konkrétní jména kamarádek: „*kamarádka Věra*“ (1) a „*kamarádky Klára a Bela*“ (1), starší dívky odpověděly „*kamarádka*“ (1); „*přítel, nejlepší kamarádka*“ (1).

Zbýlé odpovědi starších dětí (4: 3 DH a 1 KH) nespadaly ani do jedné z výše uvedených variant.

1 děvče kromě kamarádek stojí o hodnou sestřičku (zdravotní).

2 starší děti (1 KH a 1 DH) neuvedly nikoho – odpověď – „*chci být sám*“.

1 chlapec si představuje imaginárního virtuálního člověka, se kterým si povídá.

Interpretace odpovědí na ot. č. 8

Ot. č. 8 CO TI POMÁHÁ, KDYŽ JE TI ŠPATNĚ – MIMO SVĚT LIDÍ?

Touto otázkou výzkum A, a v návaznosti na něj i výzkum B autorky práce, sledoval, kde oslovené děti hledají oporu jinde než u lidí, tedy jinou než sociální – u zvířat, neživých věcí, činností atp. Mj. se tento dotaz zaměřoval na inklinace dětí v zátěžové situaci k jedné z cest, které člověk, ať už je zdravý nebo nemocný, dítě či dospělý, je-li během svého života vystaven jakékoli zátěži, aby se s ní vyrovnal, používá – jak o nich hovořil Mareš, Zděnková (2001) – uvedeno v první kapitole teoretické části práce, a sice:

- mobilizování vnitřních zdrojů, zvláštností svých osobnosti - odolnosti, nezdolnosti
- „používání“ zvládajících postupů - promyšlených, uvědomovaných a naučených strategií zvládání zátěže, kdy si vystačí sám (MAREŠ, ZDĚNKOVÁ, 2001).

Vzhledem ke skutečnosti, že děti uváděly více skutečností v jedné odpovědi, zahrnující různorodé aspekty, přistoupili jsme při vyhodnocování odpovědí na tuto otázku tak, že jsme vyhodnotily četnost zastoupení různých oblastí v jednotlivých odpovědích.

Jinou než lidskou sociální oporu si nedokázaly představit 6 děti - 4 mladší děti - 3 KH a 2 DH – odpověď nevím a 2 starší děti - „*nic*“ (1) a „*zdravotní klaun*“ (1).

Zbylých 55 dětí nějakou mimo – lidskou oporu uvedlo.

Nejčastější varianty uváděných odpovědí zahrnovaly pasivní činnosti: **spánek, ležení, přemýšlení a čtení: 15** odpovědí.

Spánek uvedlo 6 dětí: 1 starší dítě KH: „*ležet a spát*“ a 5 dětí DH: 2 mladší děti „*spánek*“; „*vyspím se*“; 3 starší DH: „*vyspat se*“; „*spánek*“.

Ležení zmínily 2 starší děti: 1 dítě KH: „*jít si lehnout, uklidnit se, myslet na něco jiného*“ a 1 dítě DH: „*lehnu si na postel a koukám do zdi*“.

Přemýšlení figurovalo ve 4 odpovědích: u 1 mladšího dítěte KH: „*sednu si a přemýšlím*“ a u 3 dětí DH: 1 mladšího - „*přemýšlím a ..*“ a 2 starších dětí: „*představuju si, že můžu odjet někam pryč, mimo realitu.*“ ; „*zavřu oči a přemýšlím*“

Čtení: 3 mladší děti: 1 KH a 2 DH: „*sednu si / lehnu si a čtu si*“.

Dle délky hospitalizace odpočinkové aktivity zmínily 4 děti KH – 2 mladší a 2 starší a 11 dětí DH – 5 mladších dětí a 6 starších. Věk těchto dětí je vcelku rovnoměrně rozložen (7 mladších ku 8 starším dětem).

Druhá nejfrekventovaněji uváděná činnost, která dětem pomáhá v situaci stresu a nepohody je **poslech hudby (10)**, tedy opět pasivní činnost – 4 starší děti KH a 6 dětí DH (2 mladší a 4 starší). Celkově tedy k hudbě inklinují více děti starší. Děti poslouchají hudbu z: MP3, MP4, CD přehrávače, z rádia (Evropa 2), z walkmana.

Na 4. místě se umístil **počítač** (6 dětí: 2 DH – 1 mladší a 1 starší a 4 KH – 3 mladší a 1 starší) a sledování **televize** (5 DH dětí: 2 mladší a 3 starší) Věkové rozložení respondentů je opět rovnoměrně rozložené.

Dalšími podpůrnými aktivitami jsou **pohybové aktivity (9) – sport (5)** u 2 dětí KH: 1 mladšího (fotbal) a 1 staršího a 3 DH starších dětí či **procházky do přírody (4)** - odpovědi 4 starších KH dětí. „*jdu ven*“; „*procházka*“; „*jdu se projít*“, „*jít se psem pryč, kamkoliv*“.

K pohybovým aktivitám dle zastoupení odpovědí spíše inklinují děti starší, větší zastoupení je u dětí KH (6) než u DH (3).

Poslední uvedená odpověď – procházka se psem – přímo navazuje na další kategorii – význam **zvířat a domácích mazlíčků** (pro 6 dětí) v situaci nepohody, který byl podrobně rozebrán v analýze odpovědí na otázku číslo 4.

Zvíře jako důležitou oporu v situaci stresu a nepohody včetně výše uvedené odpovědi „*jít se psem pryč, kamkoliv*“, uvedla 2 děvčata KH – právě zmíněná procházka se psem u staršího děvčete a králík u mladšího děvčete a 4 děti DH – 1 mladší („*hraju si s činčilou*“) a 3 starší: „*pes Bára*“, „*psi, koně, příroda*“ a „*naše zvířata*“.

Všechny zbylé odpovědi zazněly vždy 2x.

Jednalo se o: **výtvarné činnosti**: 2 mladší děti DH: „*něco vyrábět*“; „*malování*“.

Něco veselého: „*něco srandovního*“ – 1 mladší a 1 starší dítě KH.

Pláč a vyventilování stresu a nepohody křikem a „agresi“ – 2 KH děti: 1 mladší dítě KH: „*brečím*“ a 1 starší dítě – „*vymlátit se nebo se vyřvat*“.

„*Hraní si*“ – 2 mladší děti KH: „*hračky, bárbíny*“; „*mazlit se s plyšákem*“.

Medikace – 2 děti: 1 mladší KH „*prášky*“ a 1 starší dítě DH: „*ibalgin*“.

Další odpovědi bychom zařadili pod označením **jiné** – patřily by sem odpovědi 4 dětí DH: „*vyléčit se*“ (2) – 2 mladší děti; **jídlo** – „*čokoláda*“ (1 starší děvče) a „*svoboda*“ – 1 mladší dítě.

Interpretace odpovědí na ot. č. 9

Ot. č. 9 **POVÍŠ SESTRÍČCE NEBO LÉKAŘI, KDYŽ JE TI ŠPATNĚ?**

Tato otázka doplňovala otázku č. 2 – zda se děti bojí sestřiček nebo lékařů a ot. č. 6 – komu se svěřují s bolestí v nemocnici.

I odpovědi na tuto otázku potvrdily, že se oslovené děti zdravotnického personálu nebojí, že jim nečiní problémy svěřit se jim s bolestí nebo s tím, že jim je špatně, a rovněž potvrdily pořadí uvedené v analýze ot. č. 6.

1. místo patří **sestřičkám** – 26 dětí celkem, tj. 46,6 %.

Jednalo se shodně o 13 dětí KH a 13 dětí DH, odpovědi dětí dle věku byly naprosto shodné: 7 mladších a 6 starších dětí v obou případech.

7 dětí: 5 KH (4 mladší a 1 starší) a 2 DH mladší děti, se kterými je spolehospitalizovaný někdo z rodičů: **maminka / tatínek**, nebo je s nimi přes den jako návštěva, se s bolestí nejdříve svěří někomu z nich: 6 dětí mamince, 1 mladší dítě KH tatínkovi. Teprve v druhém sledu se děti svěřují sestřičce.

V dalším sledu se umístily odpovědi, ve kterých se děti svěřují buď **sestřičkám, nebo lékařům** – 17 dětí

Jednalo se o 9 KH dětí: 3 mladší a 6 starších dětí a 8 DH dětí: 2 mladší a 6 starších. Odpovědi dětí napříč délkou hospitalizace zde byly rovněž vyrovnané. Dle věku převažovaly děti starší – 12 dětí (6:6) ku 5 dětem mladším (2 KH:3 DH).

U těchto odpovědí 5 dětí DH (1 mladší a 4 starší) doplnily informaci, proč nemají problém svěřit se buď sestře, nebo lékaři: „*v pohodě, nemám s tím problém*“: 3 - 1 mladší a 2 starší děti; „*je to jedno, všichni jsou super*“: 1 starší dítě a „*kdo je po ruce*“: 1 starší dítě.

Lékaři nebo sestřičce – lékař je uveden jako první v pořadí – se svěřují **2** mladší děti DH.

Samotné **lékaře** zmínilo **8** dětí: 3 KH (1 mladší a 2 starší) a 5 DH dětí (2 mladší a 3 starší děti). Počty dětí napříč délkou hospitalizace i věkem jsou zde opět vcelku vyrovnané.

Interpretace odpovědí na okruh ot. č. 10

Okruh ot. č. 10 **NAŠEL SIS TADY KAMARÁDA? POVÍDÁTE SI SPOLU? HRAJETE SI SPOLU?**

Tato otázka zjišťovala vztah dotazovaných ke spolupacientům, zpravidla k těm, se kterými je dotyčný – dotyčná – na jednom pokoji.

Původní formulaci druhých dvou otázek v okruhu 10 z výzkumu A jsme přeformulovali – místo „Povídáte si spolu, hrajete si spolu?“ se autorka práce ve výzkumu B ptala „Co spolu děláte?“

- **Ne - 13** dětí/60, tj. 21,6 %.

V den realizace rozhovorů si dosud kamaráda nenašlo 8 dětí KH (6 mladších a 2 starší) a 5 dětí DH (4 mladší a 1 starší).

Dle **věku respondentů** napříč délkou hospitalizace více mladších dětí (10), které si dosud žádného kamaráda nenašly, oproti starším dětem (3).

Možných důvodů se nabízí několik.

Jednak je to tím, že s mladšími dětmi je v nemocnici **bud' hospitalizovaná maminka** (4: 3 KH a 1 DH), nebo je s nimi **maminka nebo někdo jiný z rodiny jako pravidelná návštěva**, nemají tedy taktovou potřebu kamarádství v nemocnici vyhledávat. Kromě toho 1 dítě je samo na pokoji s TV, a další je na pokoji se staršími dětmi, nemá si tedy s nimi tolik co říci.

U 1 staršího děvčete KH je to obráceně: je na pokoji s mladšími dětmi, potřebu navázat užší kontakt necítí: „...*bavím se s nim, ale.., ležím, tak..*“

Zbylé důvody tkví v **dočasné imobilitě dětí z důvodu nutnosti upoutání dítěte na lůžko** omezuje možnost navázání přátelství a **krátké době dosavadní hospitalizace** (děti jsou v nemocnici nováčky (méně než polovinu týdne).

Doposud krátké doby v nemocnici dokládají 2 zbylé odpovědi dětí KH (1 mladší a 1 starší): hospitalizace „*od včerejška*“ a 3 DH dětí: 2 mladších a 1 staršího (2. a 3. den hospitalizace).

Dočasná imobilita znemožňuje navázat bližší kamarádský vztah 2 mladším dětem DH. „*Zatím ne, musím ležet*“.

- **Ano** – 47 dětí, tj. 78,3 %.

Zbylých **47** dětí - **22** dětí KH: 6 mladších a 13 starších a **25** dětí DH: 11 mladších a 14 starších, si nějakého kamaráda v nemocnici našly. Tato kamarádství bychom mohly dále rozdělit na kamarádství povrchní, a kamarádství hlubší.

✚ **Kamarádství povrchní - 30 dětí**, tj. 50 % celkem; z těch, co si našli kamaráda 63,8 %.

Jednalo se o neutrálně formulované odpovědi dětí – „*ano, na pokoji, povídáme si spolu.*“ Tyto odpovědi se týkaly **10** dětí KH: 3 mladší a 7 starších a **20** dětí DH (8 mladších a 12 starších).

✚ **Kamarádství hlubší - 17 dětí**, tj. 28, 3 % celkem; z těch, co si našli kamaráda 36,1 %.

Tyto odpovědi se týkaly **12** dětí KH: 6 mladších a 6 starších a **5** dětí DH: 3 mladších a 2 starších.

Dle délky hospitalizace je vcelku rovnoměrně rozložen poměr neutrálního a bližšího kamarádství dětí KH, naopak děti DH si většinou vytvořily pouze kamarádství neutrální, užší kamarádství jsme zaznamenaly pouze ojediněle (viz výše). Dle věku dětí tyto výsledky korespondují s výsledky dle délky hospitalizace.

Bližší přátelství bychom dále rozdělily dle toho, zda si děti v průběhu hospitalizace našly kamarádka / kamarádku, ale dotyčný / dotyčná už s ním na pokoji není – je na jiném pokoji, nebo zpět v domácím léčení, nebo zda kamaráda / kamarádku má na pokoji, a uvedl jeho konkrétní jméno.

○ ***Měl/a jsem, ale už odešel / odešla* - 3 mladší děti** (1 KH a 2 DH)

„*ano, ale už odešla*“ (1 KH); „*Lucku, ale už odešla*“ (1DH); „*na JIP jsem měl, byl jsem se za ním kouknout na l.*“ (1DH).

○ ***Mám tady konkrétního kamaráda / konkrétní kamarádku* – 14 dětí**

Zbylých 14 dětí (11 KH: 5 mladších a 6 starších a 3 DH: 1 mladší a 2 starší) uvedly jméno kamaráda na sousední posteli, se kterým si rozumí víc než s jinými, a se kterými jim čas v nemocnici lépe utíká.

Konkrétní aktivity, které děti uvedly, že s kamarády (pokud je mají); nebo sami, pokud si kamaráda dosud nenašly, dělají, korespondují s odpověďmi dětí v navazující analýze osobnostní ankety na ot. č. 11, týkající se volného času dětí v nemocnici. Proto budou vyhodnoceny tam.

Interpretace odpovědí na okruh ot. č. 11

Okruh ot. č. 11 ŘEKNEŠ NĚKOMU, KDYŽ JE TI ŠPATNĚ? CO TI NA TO ŘEKL? POMOHL TI?

Tato otázka doplňovala otázku č. 6 – Když tě něco bolí, řekneš o tom někomu? Soudíme však, že zde formulace „špatně“ znamená spíše situaci stresu a psychické nepohody.

Ve výzkumu B byl na základě předvýzkumu dotaz přeformulován na „Vzpomínáš na situaci, ve které ti bylo špatně, a někdo ti pomohl?“

Vzhledem, k tomu, že už děti na obdobné otázky odpovídaly několikrát předtím, odpověď na tuto otázku jim činila určité obtíže.

10 dětí (8 KH: 5 mladších a 3 starší) a 2 mladší děti DH si vůbec na žádnou takovou situaci nevzpomnělo – odpověď „*nevím*“.

2 starší děti DH nikoho nezmínily, uvedly, že *si vystačí sami*.

48 zbylých dětí (22 KH a 26 DH) někoho, na koho by se obrátily, uvedly. Ve většině případů pořadí důležitosti osob korespondovalo s pořadím uvedeným v analýze otázky č. 6.

Děti však přesto měly problém si vzpomenout na konkrétní situaci, omezily se ve většině případů na uvedení jména osoby, které by se svěřily, pouze 2 děti si na nějakou takovou situaci, kdy potřebovaly pomoci, vzpomněly.

Spektrum zdrojů sociální opory u oslovených dětí tvoří: (seřazeno od nejbližších – rodina, širší rodina, po blízké osoby z řad kamarádů, vrstevníků, spolužáků).

10) rodiče nebo jeden z rodičů (zpravidla maminka); u dětí z pěstounských rodin pěstouni či jeden z pěstounů; u dětí z neúplných rodin partner / partnerka jednoho z rodičů, se kterým dítě žije ve společné domácnosti)

11) prarodiče – babička

12) někdo z širší rodiny (teta, strejda, bratranec, ..)

13) kamarádi, spolužáci

Nejčastějším uváděným zdrojem sociální opory, a zároveň nejdůležitějším je opět **maminka**: 8 dětí uvedlo jenom ji: 1 starší dítě KH a 7 mladších dětí DH, dalších 8 dětí ji uvedly na prvním místě ve výčtu dalších důležitých osob:

U KH (5) dětí 2 mladší zmínily na druhém místě za maminkou babičku: „*mamince, babičce*“; ze 3 starších dětí KH 2 děvčata za maminkou uvedly lékaře FN HK („*dr. Janeček – je super*“ a 1 děvče za maminkou zmínilo nejlepší kamarádku.

3 DH dětí uvedly jako další důležité osoby sourozence: sestra (2: 1 mladší a 1 starší dítě) a 1 starší děvče rovněž nejlepší kamarádku.

U 2 dětí maminka figurovala maminka jako druhá v pořadí, kamarádi byly zmíněni jako první.

Celkem 18 dětí tedy zmínilo maminku ve výčtech důležitých osob, na které by se, je-li jim špatně, obrátily.

Další variantou odpovědí byly **oba rodiče** – jenom oni: 9 dětí - 6 KH – 4 mladší a 2 starší a 3 mladší děti DH nebo s doplněním další důležité osoby či osob (5 starších dětí) – celkem rodiče figurovali ve 14 odpovědích.

Děti k rodičům doplnily ještě babičku (3: 2 KH a 1 DH) 2 děti nejlepšího kamaráda.

Zůstaneme-li u členů rodiny, děti zmiňovaly již uvedenou **babičku** a někoho ze **sourozenců**.

Babička je důležitým zdrojem opory u 6 dětí: u 5 KH dětí: 2 mladších – odpovědi „*mamince, babičce*“ (zazněly výše) a u 3 starších dětí KH, z nichž jedno děvče bydlí s babičkou a s dědou, babička tady supluje roli maminky a další 2 děti ji přiřadily k rodičům (1): „*rodiče, babička*“ a k rodičům a kamarádům (1): „*kamarádům, rodičům, babičce*“ (opět již zazněly výše)

Sourozence ve výčtu odpovědí nebo samostatně zmínilo 5 dětí: 2 mladší děti KH: (1) „*brácha – když mi bylo špatně od žaludku, pomohl mi, uklidňoval mě.*“ a „*taťka, sestra – doma, ...*“ (1) a 3 děti DH: 1 mladší („*mamka, sestra*“) a 2 starší: „*mamce, sěgře*“, „*brácha, kamarádi*“.

Osoba ze širší rodiny – **bratranec** – se objevil pouze v 1 odpovědi mladšího chlapce KH.

Na **kamaráda / kamarádku** by se v situaci, kdy se cítí špatně, obrátilo 13 respondentů – 5 starších dětí KH a 8 dětí DH: 1 mladší a 7 starších.

Kamarádi jsou tedy velice podstatnou psychickou oporou - stojí v pořadí frekvence odpovědí hned za nejbližšími členy rodiny, a stojí o ně zejména starší děti (hodnoceno dle věku) a DH děti (hodnoceno dle délky hospitalizace).

4 děti je uvedly samostatně: 3 děti KH 1 mladší dítě DH. U dalších 9 dětí nalezneme kamarády ve výčtu dalších důležitých osob: Jedná se o 2 děti KH: „*kamarádům, rodičům, babičce*“ (1) a „*mamince, nejlepší kamarádce*“ (1) a 7 dětí DH: v 7 případech kamarádi doplnili někoho z rodiny a v 1 případě ke kamarádům přibyla **maminka spuluhospitalizovaného kamaráda**.

Ačkoli otázka sama byla formulovaná neutrálně a nepodbízela jako možnou odpověď někoho ze zdravotnického personálu, 5 dětí uvedlo **lékaře** (3) nebo **zdravotní sestřičku** (2) jako člověka, na kterého by se v situaci, kdy se cítí špatně, obrátily – 4 děti KH: 2 mladší děti „*lékaři*“ (1) a „*taťka, sestra – doma, tady sestřičce, je hodná*“ (1) a 2 starší děvčata: „*mamce, tady dr. Janečkovi, je super*“ (2).

1 odpověď staršího děvčete DH ji zmiňovala samostatně, dotyčná dívka si vzpomněla na situaci, která se odehrála v průběhu aktuálně probíhající hospitalizace: „*sestřička, v pátek mi*

bylo špatně, pomohla mi, byla moc hodná.“

1 mladší děvče DH jako důležitou osobu uvedlo **paní vychovatelku ze školy při nemocnici**: „*paní učitelku „výtvarovou“ – je fajn, tráví s námi hodně času, pořád něco vyrábíme.*“

2 odpovědi starších děvčat nevedly žádného konkrétního člověka, kterého znají nebo se kterým přicházejí do styku, odpovědi byly neutrální, zaměřené na jakoukoli osobu, charakterizované zatím ničím nezkalenou důvěrou ve své sociální okolí. „*hodně lidí*“; „*všichni pomáhají*“; (1) „*vždycky se někdo najde, já taky pomáhám.*“ (1)

Interpretace odpovědí na ot. č. 12

Ot. č. 12 **KDYBYS BYL PORADCEM, CO BYS PORADIL SVÉMU KAMARÁDOVI, KDYBY ŠEL DO NEMOCNICE?**

5 dětí (1 mladší KH a 4 DH: 3 mladší a 1 starší) na tuto otázku nedokázalo odpovědět – odpověď „*nevím*“.

Zbylých 55 dětí se k ní vyjádřilo, a nejčastější varianty odpovědí začínaly „**ať se nebojí**“ - ať se nebojí, nemá strach, nemá se čeho bát.

„**At' se nebojí**“ bez dalšího doplnění, proč, odpověděly 4 děti: 3 děti KH (2 mladší děti a 1 starší) a 1 starší dítě DH.

Na 1. místě se umístila zmínka o vstřícném a laskavém zdravotnickém personálu FN KH – „... **jsou tu hodní**“ (10 x) a 3 odpovědi KH dětí (2 mladších a 1 staršího), kterým se v konkrétní nemocnici líbí: „... *v nemocnici je to dobrý*“; „*je to tu opravdu fajn*“; „*je to tu v pohodě*“.

✚ To, že je ve FN HK laskavý a vstřícný personál, výslovně uvedly 3 děti: 1 mladší dítě KH: „*když půjdou do Hradce, budou na něho hodní*“; „*ať jdou do Hradce, pohoda*“ (2: 1 mladší dítě KH a 1 starší dítě DH) a „*byla jsem v ..., tam nic moc, tady je to dobrý*“ (1 mladší děvče KH); dále to potvrzovaly mladší děti DH (6): „*jsou tu hodní lékaři a sestřičky*“ (2); „*jsou tu hodní doktoři*“ (2); „*fajn lékaři a sestřičky*“ (1), „*jsou tu hodní*“ (1),

Vyvrácení případného strachu z pocitu nudy a neutíkání s poukázáním na faktory, kterými to v nemocnici lze zmírnit, bychom našly u 12 odpovědí.

Jednalo se o odpovědi, ve kterých děti uváděly, že to dotyčnému „**uteče**“ (3: 2 mladší děti - 1 KH + 1 DH a 1 starší); „... **aby si s sebou vzal něco, aby se nenudil**“ (4: 2 starší děti KH a 2 DH: 1 mladší a 1 starší); „*utěšovala bych ho, ať si s sebou vezme něco, co ho baví: hru – SUDOKU, křížovky, knížku*“ (1 starší KH) a „... **že si tam najde kamarády**“ (2: 1 mladší dítě KH a 1 starší dítě DH) a „... **bude moct chodit s nějakou maminkou na procházky, nebo bude hrát hry**

na pokoji nebo v herně“ (1 starší děvče DH) a 1 mladší DH: „*uteče ti to, budou za tebou moct chodit návštěvy*“

3. nejčastějším doplněním rady, ať se potenciální pacient nebojí, bylo, „*...že mu pomůžou*“ (7x)

Celkem v 5 odpovědích dětí: 3 KH (1 mladší a 2 starší) a 2 starších dětí DH figurovala samostatná zmínka o pomoci – „*pomůžou ti tady*“. 2 další děvčata doplnila, že jim pobyt v nemocnici zpříjemnila škola při nemocnici, a s touto zkušeností by se rovněž podělily s případným dítětem – nováčkem, kterého by pobyt v nemocnici teprve čekal a nevěděl by, do čeho jde: „*... učení mě sice nebaví, ale kdyby tu škola nebyla, byla by tu nuda a neutíkalo by to, takže je dobře, že tu je*“ (1); „*... je fajn, že je tu škola, nemám pak toho tolik*.“ (1)

3 odpovědi potencionálnímu spolupacientovi vysvětlovali, proč se nemusí bát bolestivých vyšetření či zákroků: „*... všechno ti vysvětlí*“ (1 starší dítě DH); „*... jen to trochu štípne a jinak nic*“ (1 mladší dítě DH) „*... před operací tě uspí, nic neucítíš*“ (1 mladší dítě KH)

Zbylé 2 odpovědi utěšující s poukázáním na dobrý výsledek zazněly od 2 mladších dětí KH: „*... nic to není*“ (1); „*... dobře to dopadne*“ (1).

Na 4. místě se umístila zmínka o **apelu na statečnost** (10x).

Vyjadřovaly jej odpovědi „*... že to musí vydržet*“ (1 mladší dítě KH) „*... že to zvládne*“ (4: 3 děti KH: 1 mladší a 2 starší a 1 DH starší), s poukázáním na vlastní sebezkušenost: „*zvládla jsem to já, zvládnou to taky*.“ (3: děti KH a 1 mladší dítě DH); a 2 mladší děti: „*ať je statečný*“ - 1 KH a „*není to tak hrozný, dá se to vydržet*“ - 1 DH.

V dalších 3 odpovědích DH dětí se objevil rovněž apel na statečnost a trpělivost, avšak oproti předchozím odpovědím se již ozýval podtext **nudy a neutíkání**: „*je to tu dlouhý, ale dá se to vydržet, pomůžou ti tady*“ (1 mladší) a 2 starší děti: „*je tu nuda, ale zvykneš si*“ (1); „*je tu nuda, ale zvládneš to, najdeš si tam kamarády*“ (1)

Pouze jediná odpověď staršího dítěte DH ze všech 55 byla negativní, paradoxně se samotné hospitalizace týkala jenom částečně – uváděla pocit nudy, který dotyčný v nemocnici zažívá, ale hlavně skutečnosti, že se dotyčný v nemocnici musí učit: „*Je tu nuda, ať utečou, navíc je tu škola, musím se tu učit*.“

2. 3. 3 Analýza výsledků osobnostní ankety zaměřené na zjišťování zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí – interpretace a diskuze

Analýza výsledků vlastního strukturovaného rozhovoru se bude zaměřovat na odpovědi dětí na okruh otázek týkajících se jejich zkušenosti s:

- pedagogickým personálem školy při nemocnici
- herní specialistkou
- psychology
- zdravotnickým personálem
- jejich celkového zhodnocení pobytu v konkrétní nemocnici (FN HK) se zřetelem na spokojenost a nedostatky

Analýza odpovědí dětí na otázky zjišťující jejich zkušenosti s pedagogickým personálem školy při nemocnici

Zkušenosti dětí s pedagogickým personálem školy při nemocnici zjišťovaly otázky dotazníku č. 1 – 5.

Interpretace odpovědí na ot. č. 1

Otázka č. 1 **PŘEKVAPILO TĚ, ŽE JE TU ŠKOLA PŘI NEMOCNICI, NEBO JSI TO UŽ VĚDĚL / VĚDĚLA?**

- **Ano, věděl/a jsem to, už jsem v nemocnici byl/a**

30/60 dětí (tj. 50%) o tom, že v nemocnici je čeká škola a učení, **věděla**, protože v nemocnici již byla. O škole při nemocnici se tyto děti dozvěděly během předchozí hospitalizace.

- **Ano, věděl/a jsem to, jsem sice v nemocnici poprvé, ale řekl/a mi to ...**

4 děti jsou sice v nemocnici poprvé, ale informaci, že se během hospitalizace budou učit, dostaly již před vlastní hospitalizací. Osobami, které jim o tom řekly, byl nejčastěji **maminka** (2 mladší děti: 1 KH a 1 DH), která se na to telefonicky informovala. 1 staršímu dítěti DH volali domů sami zdravotníci a ve výčtu věcí, které si měl chlapec do nemocnice vzít s sebou, se objevilo i učení.

V jednom případě (starší děvče KH) se jednalo o sourozence – **sestru**, která to, že je v nemocnici škola, zjistila během své hospitalizace a od ní s touto skutečností byla dotyčná seznámena.

- **Ne, nevěděl/a jsem to, překvapilo mě to**

Skutečnost, že se v nemocnici musí učit, překvapila **26** dětí: 20KH (11 mladších a 9 starších a 6 dětí DH (5 mladších a 1 starší). Jednalo se o jejich první hospitalizaci a informaci o tom, že součástí nemocnice je i škola, dostaly až během hospitalizace.

Komentář k získaným údajům:

Z odpovědí dětí na otázku, zda o tom, že součástí nemocnice je i škola, věděly nebo zda je tato skutečnost překvapila, vyplývá, že se většina respondentů o existenci školy při nemocnici dozvěděla až při nástupu do nemocnice – buď v rámci předchozí hospitalizace, nebo v rámci aktuální. – kromě 4 dětí, které informaci dostaly před nástupem do nemocnice, t

Pouze 4 děti tuto informaci dostaly dříve, ale z toho u 2 dětí to, že se o této skutečnosti dozvěděly, je zásluhou iniciativy maminky, jednou se jednalo o zkušenost s hospitalizací u osoby blízké – sourozence, i ten se však o škole při nemocnici dozvěděl až teprve při nástupu do nemocnice.

V jediném případě sama nemocnice tuto skutečnost sdělila rodině.

Obecné povědomí o tom, že i v nemocnici se děti učí, je tedy mizivé. Nezaznamenali jsme jediný případ, ve kterém by děti zmínily, že by se o tom bavily v kmenové škole v rámci nějakého předmětu, nebo že by měly povědomí o osvětových programech či se jich přímo zúčastnily, které pořádají nemocniční oddělení pro zdravé děti s cílem seznámit je s tím, co je v nemocnici může čekat, a tímto eliminovat jejich potenciální strach z případné hospitalizace.

Interpretace odpovědí na ot. č. 2

Otázka č. 2 **JSI RÁD / RÁDA, ŽE JE TU ŠKOLA, NEBO BYS BYL / BYLA RADĚJI, KDYBY TU ŠKOLA NEBYLA?**

Prostřednictvím této otázky byl zjišťován postoj dětí ke škole při nemocnici

Postoje respondentů ke škole při nemocnici jsme vyjádřily ve škále od kladných, po kladné až neutrální, neutrální, kolísavý - v závislosti situaci (pocit někdy kladný, někdy negativní), negativní s uznáním důležitosti školy při nemocnici, negativní a nevyjádřený.

- **Kladný subjektivní vztah ke škole při nemocnici – 27 dětí**

Všechny tyto děti jsou rády, že je ve FN HK škola při nemocnici, protože jim jednak **lépe utíká čas (A)**, a zároveň toho ve své kmenové škole **nemusejí tolik dohánět (B)**.

Obě tyto varianty: A + B uvedla většina z těchto dětí - **14**: 6 KH dětí (5 mladších a 1 starší)

a 8 DH dětí (4 mladší a 4 starší).

Jenom A odpověděly **3** děti KH (2 mladší děti a 1 starší). Jsou v nemocnici krátce (do 7 dnů včetně), takže problém s doháněním zameškané látky je příliš netrápí a přínos školy vidí v prevenci nudy a neutíkání.

Jenom B zmínilo zbylých **10** dětí: 1 mladší dítě KH a 9 dětí DH: 6 mladších a 3 starší.

Odpověď B děti buď uvedly bez dalšího doplnění (8: 1 mladší KH a 4 mladší a 3 starší DH, nebo se vyjádřily, v čem je pro ně nezameškání učiva přínosné (2).

Přínosnost nemocničního vyučování zdůvodňovaly tím, že: „*doučím se, co jsem ve své škole nepochopil*“ (1) „*navazuju na učivo, tak je to fajn*“ (1).

- **Neutrální subjektivní vztah ke škole při nemocnici – 13 dětí**

9 KK: 2 mladší a 7 starších a 4 DH: 1 mladší a 3 starší děti odpověděly, že jim nevadí, že je ve FN HK škola při nemocnici.

- **Kolísavý - v závislosti situaci (pocit někdy kladný, někdy negativní) s uznáním přínosu školy při nemocnici – 1 dítě**

Jednalo se o odpověď „*jak kdy, když mám těžké učení, tak jsem ráda, že tu je škola*“ (1 starší děvče DH)

- **Negativní s uznáním přínosu školy při nemocnici – 2 děti**

Ačkoli subjektivně by se 2 starší děvčata DH raději neučily, přesto uznávají důležitost školy při nemocnici: „*raději bych se neučila, ale učitelky mi nevadějí – něco se naučit musím, abychom nebyli tak hloupí.*“ (1) a „*učení mě sice nebaví, ale kdyby tu škola nebyla, byla by tu nuda a neutíkalo by to, takže je dobře, že tu je.*“ (1)

Důležitost školy při nemocnici tedy uznává většina respondentů **43/60**dětí, tj. 71,6 %

- **Negativní – 16 dětí**

V nemocnici by se raději neučilo 16 dětí: 9 KH (4 mladší a 5 starších) a 7 DH (4 mladší a 3 starší děti DH)

Nutno dodat, že z KH dětí se jedná o 7 dětí, které jsou v nemocnici poprvé, a přítomnost školy je překvapila. Navíc jsou v nemocnici teprve krátce, tak ještě nedocenily případný přínos k zabránění pocitům nudy, nezameškání látky a to, že nemocniční školu žáci vnímají jako „jinou“ oproti kmenové – že na ně mají paní učitelky více času, mohou si ujasnit nepochopené učivo, je zde víc individuální přístup atd.

- **Nevyjadřený – 1** děvče KH – odpověď „*nevím*“. Děvče bylo v nemocnici teprve druhý den a paní učitelka za ní byla jen jednou.

Interpretace odpovědí na ot. č. 3

Otázka č. 3 JAK ČASTO ZA TEBOU CHODÍ PANÍ UČITELKA A KOLIK ČASU SPOLU TRÁVÍTE?

Prostřednictvím této otázky byla zjišťována frekvence a délka setkávání hospitalizovaných dětí ve FN HK s paní učitelkou / s paními učitelkami ve škole při nemocnici

Většina respondentů (**55**, tj. 91,6 %) se s paní učitelkou nebo paními učitelkami ve škole při nemocnici **setkávají pravidelně každý den, 5** dětí (4 KH a 1 mladší dítě DH) se s ní v den rozhovoru setkala pouze jednou (jednalo se o čerstvou hospitalizaci oslovených dětí).

Paní učitelky za dětmi chodí 1 – 2 krát denně dle počtu dětí na odděleních (v případě menšího počtu dětí víckrát, při plné kapacitě oddělení jednou. Žákům se věnuje individuálně zhruba půl hodinu (30 minut) v každém setkání. Paní učitelky se střídají ob den – jeden den chodí za dětmi paní učitelka, která je vyučuje matematiku + další vybraný předmět, následující den chodí paní učitelka, která děti vyučuje českému jazyku + dalšímu předmětu, nejčastěji cizímu jazyku (analýza toho, co se děti v nemocnici učí a jakým způsobem, bude uvedena v interpretaci otázek 4 a 5)

Nezaznamenaly jsme rozdíly mezi frekvencí setkávání dětí s pedagogy napříč věkem, v rámci délky hospitalizace ano.

U KH dětí se většina z nich v nemocnici učí **jednou denně (23** dětí: 10 mladších a 13 starších; tj. 76,6 % z celkem 30 KH dětí). Pouze **3** děti (2 mladší a 1 starší) uvedly, že za nimi paní učitelky občas chodí i **víckrát denně**.

Naopak za DH dětmi chodí paní učitelky **víckrát denně v 13** případech (za 8 mladšími a 5 staršími), a **16** dětí (6 mladších a 10 starších se s ní / s nimi setkává pouze **jednou denně**.

Sociální opora ze strany pedagogického personálu je tedy dětem k dispozici pravidelně každý den, u 16 dětí i opakovaně.

Interpretace odpovědí na ot. č. 4

Otázka č. 4 **JAKÉ PŘEDMĚTY SE TADY UČÍŠ?**

3 mladší děti KH na tuto otázku zatím **neuměly odpovědět** („nevím“), jelikož za nimi byla paní učitelka jenom jednou, a jednalo se o informačně - motivační setkání u- paní učitelka přišla děti přivítat, zeptat se jak se jim daří, výuka v nemocniční škole děti teprve čeká.

Všechny ostatní děti (57) o tom, co se učí či budou učit, věděly.

Děti se v nemocnici učí **matematiku a český jazyk (hlavní předměty)**, někteří jenom tyto předměty, jiní i **další (vedlejší) předměty**.

- **Jenom matematiku a český jazyk - 20 dětí**

Jenom matematiku a český jazyk se učí **12** KH dětí: 7 mladších a 5 starších a **8** DH dětí: 5 mladších a 3 starší.

Pouze hlavním předmětům se častěji učí mladší děti (12), než děti starší (8) a stejný podíl odpovědí se týká porovnání odpovědí dle délky hospitalizace: 12KH dětí a 8 DH dětí

- **Matematiku, český jazyk a další předmět - 37 dětí**

Všechny zbylé oslovené děti (**15** KH: 5 mladších a 10 starších a **22** DH: 10 mladších a 12 starších)

- ***Matematika, český jazyk a cizí jazyk – 21 dětí***

Většina z dětí, které se v nemocnici kromě hlavních předmětů učí ještě některý / některé z cizích jazyků 10 KH dětí (1 mladší a 9 starších) a 11 DH dětí (4 mladší a 7 starších). Počty dětí napříč délkou hospitalizace jsou vyrovnané. Dle věku logicky převažují starší děti (16) nad mladšími (5), neboť cizí jazyk se na základních školách zpravidla učí až od 4. třídy.

Nejčastěji se děti učí **angličtinu** - buď jenom ji, nebo v kombinaci s některým z dalších jazyků. Jenom angličtinu se učí **14** dětí: všech 5 mladších dětí a 9 starších dětí: 7 KH a 2 DH. Další **2** starší DH děti se kromě angličtiny učí ještě francouzštinu (1) a němčinu (1). Němčinu samostatně se učí **5** starších dětí (2 KH a 3 DH).

- ***Matematika, český jazyk a některý z přírodovědných či společenských předmětů – 16 dětí***

Jedná se o 10 mladších dětí (zbylé 4 KH a 6 DH). Mladší děti do 3. třídy (**7**: 4 KH a 3 DH) se učí kromě matematiky a českého jazyka **prvouku**; děti ze 4. třídy (3 DH) se učí **vlastivědu** (2) samostatně a vlastivědu a **přírodovědu** (1).

Starší děti se učí přírodovědné předměty (fyzika, zeměpis, přírodopis).

Fyziku samostatně se učí 2 děti: 1 DH chlapec a 1 KH děvče paní učitelka připravuje na přijímací zkoušky na technické lyceum, zbylé 4 děti se učí fyziku, zeměpis a přírodopis.

Otázka sama směřovala k tomu, co se děti v nemocnici učí, ale 3 starší děti: 2 KH a 1 DH ještě doplnily, **co by se v nemocnici rádi učily**, kdyby to bylo na nich. 2 děti by stály o dějepis, a 1 starší dítě KH by se rádo učilo informační a komunikační technologie.

Interpretace odpovědí na ot. č. 5

Otázka č. 5 JAK PROBÍHÁ VYUČOVÁNÍ TADY V NEMOCNICI?

Prostřednictvím této otázky autorka práce zjišťovala, zda se děti či z vlastních učebnic a sešitů, zda si pro ně paní učitelky chystají vlastní pracovní listy a zda převládá spíše „tradiční“ způsob vyučování, nebo zda je prostor i pro netradiční aktivity – projektové vyučování, soutěže atd.

3 mladší děti KH, za kterými byla paní učitelka zatím jenom jednou, zatím nemělo představu, jak vyučování v nemocnici probíhá („nevím“)

57 zbylých dětí na tuto otázku odpovědělo.

Nejčastěji zaznívaly odpovědi, ve kterých figurovalo „tradiční“ **vyučování**, a děti se učily z vlastních učebnic a sešitů, pokud je měly s sebou, z pracovních listů, které pro ně připravily paní učitelky, nebo z obojího.

Děti se převážně učí hlavně z **vlastních donesených učebních textů a pomůcek**.

25 dětí (15 KH: 5 mladších a 10 starších a 10 DH: 6 mladších a 4 starší) se učí pouze z vlastních materiálů.

12 dětí (1 starší dítě KH a 11 dětí DH: 4 mladší a 7 starších) se učí jak z vlastních učebnic a sešitů, tak z **pracovních listů**, které si pro ně paní učitelky připravují. 4 z těchto DH dětí doplnily, kdy se učí z pracovních listů (3) – „*když nemáme vlastní učebnice*“ (2 mladší); „*pracovní listy používáme na procvičování*“ a v čem je nemocniční vyučování jiné oproti vyučování na běžné škole (1 starší): „*je to lehčí formou než ve škole, mám na to víc času*“.

Jenom z pracovních listů připravených pedagogy se učí rovněž **12** dětí: 8 dětí KH (4 mladší a 4 starší) a 4 děti DH (3 mladší a 1 starší).

„Netradiční“ **vyučování** – motivující hry, pokusy atp. zmínilo jenom **8** dotázaných dětí (3 mladší KH a 5 DH dětí: 2 mladší a 3 starší).

Nefrekventovanějšími činnostmi byla samostatná individuální či skupinová práce s hrami typu **sudoku, doplňovačky, luštění křížovek a rébusů** (**6** dětí: 2 mladší KH a 4 děti DH: 2 mladší

a 2 starší). Zbylé děti uvedly procvičování učiva prostřednictvím **výukových programů na počítači** (1 mladší KH) a **pokusy z fyziky a z matematiky** (1 starší DH).

Analýza odpovědí dětí na otázky zjišťující jejich zkušenosti s herní specialistkou

Zkušenosti dětí s herní specialistkou zjišťovaly otázky dotazníku č. 6 – 10

Interpretace odpovědí na ot. č. 6

Otázka č. 6 VÍŠ, KDO JE HERNÍ SPECIALISTKA A CO DĚLÁ?

Otázka č. 6 zjišťovala, zda děti znají pojem herní specialista (HS) a zda vědí, jaká je jeho náplň práce.

22 dětí (14 KH: 6 mladších a 8 starších a 8 DH: 7 mladších a 1 starší) pojem herní specialista v souvislosti s prostředím nemocnice **nezná**.

3 děti (1 mladší KH a 2 DH: 1 mladší a 1 starší) si **nebyly jisté, pouze tipovaly**, ale jejich tipy se blížily skutečnosti. Odpověď „*odpolední vychovatelka*“ (1 starší DH) sice nebyla správná, neboť dotyčná není zaměstnána jako HS, ale náplň její práce výrazně koresponduje s tím, co děti, které HS znají, uváděly, že s nimi dělá. Stejně tak měly pravdu mladší děti: 1 chlapec DH, který tipoval, že se asi jedná o nějakého pána, který zabaví děti – a opravdu jen tipoval, jelikož se HS během svého pobytu ve FN HK dosud nesetkal, a 1 dítě KH, které uvedlo, že se jedná o člověka, který „*hlídá hernu*“.

Z dětí, které nevěděly či pouze tipovaly, kdo je HS, se s ní / s nimi během hospitalizace ve FN HK nikdo nesetkal. Jednalo se o děti hospitalizované na odděleních chirurgie (**8**: 5 KH: 2 mladší a 3 starší a 3 DH - 1 mladší a 2 starší); **1** neurochirurgie (mladší děvče DH); neurologie (**7** KH: 5 mladších a 2 starší); **1** starší dítě KH interna; ortopedie (**7**: 2 starší KH a 5 mladších DH) a **1** mladší dítě DH kožní.

Dle sdělení HS Karin na oddělení ortopedie a neurologie dochází pouze výjimečně (nejsou umístěny v hlavní budově dětské kliniky), na kožním oddělení a na interně – tzv. u větších dětí, se však pohybuje pravidelně, u dětí hospitalizovaných na těchto odděleních by se tedy dalo předpokládat, že se HS setkaly buď osobně, nebo že tato přišla navštívit někoho ze spolupacientů.

35 dětí (58,3 %) vědělo, kdo je HS, jelikož se s ní / nimi v nemocnici setkaly – buď osobně (28), nebo vědí, že pracuje v nemocnici, jelikož přišla navštívit některého ze spolupacientů (7 KH dětí).

2 děvčata uvedla zkušenost s konkrétní HS, se kterou se ve FN HK setkala. 1 děvče DH uvedlo celé jméno HS: „*Helena Zděnková*“ a druhé kromě jména zmínilo, co s dotyčnou dělají: „*Karin – malujeme si s ní a chodíme s ní ven.*“

Zbylých 33 dětí popsaly rovněž náplň její práce, tak ji vnímají.

Nejfrekventovanější odpovědi byly ty, kde děti uváděly, že si HS s dětmi **hraje za účelem vyplnění volného času** (1 mladší KH) + další odpovědi „**hraje si s dětmi**“ v různých modifikacích zazněla ve **22** odpovědích - ve 12 odpovědích KH a 10 DH.

Odpovědi zněly: „*hraje si s dětma*“ (5: 2 KH: 1 mladší a 1 starší a 3 DH: 2 mladší a 1 starší); „*chodí si hrát s dětma*“ (4: 3 mladší a 1 starší KH); „*hraje si s malýma dětma*“ (1 starší KH); „*chodí zabavit děti*“ (5: 1 mladší a 4 starší KH); „*hraje si hry*“ (2 mladší DH); „*připravuje program pro děti a hraje si s nimi*“ (1 mladší DH); „*přijde na pokoj, zeptá se, jestli si chceme něco zahrát*“ (1 mladší DH); „*je to vychovatel, který si má hrát s dětmi*“ (1 starší DH); „*chodí za dětmi, aby se nenudily*“ (1 starší DH); „*hraje si dětma, jde s nimi na procházky*“ (1 starší DH).

1 odpověď mladšího děvčete DH hru dala do souvislosti s tím, že si HS chodí hrát za dětmi, když je jim smutno, aby je zabavila a cítily se díky tomu lépe - „*když je někomu smutno, tak si zahrají*“, dalo by se tedy hovořit o tom, že vnímá hru v činnosti HS psychoterapeuticky.

5 starších dětí DH kromě hraní uvedlo, že si s nimi HS chodí i povídat, jak se mají, jak se cítí, co jim schází: „*chodí si hrát, povídat si dětmi*“

4 děti uvedly, že HS si hraje s dětmi a vysvětluje jim, co je v nemocnici čeká: „*Tak především si hraje s dětmi a taky jim ukazuje, jak probíhá nějaké vyšetření, jaké oni neznají*“ (1 starší chlapec DH) a „*....., ukazuje dětem, co je čeká a hraje si s nimi*“ – 3 mladší děti KH.

Interpretace odpovědí na ot. č. 7

Otázka č. 7 SETKAL SES BĚHEM SVÉHO POBYTU V NEMOCNICI S HERNÍM SPECIALISTOU? POKUD ANO, JAK ČASTO ZA TEBOU CHODÍ?

Prostřednictvím této otázky byla zjišťována frekvence a délka setkávání hospitalizovaných dětí ve FN HK s herní specialistkou.

25 dětí: 15 KH a 10 DH dětí se s HS nesetkaly vůbec – odpověď „*nebyla za mnou.*“

Dalších **7** dětí KH: 4 mladší a 3 starší se sice s HS nesetkaly přímo, ale vědí o tom, že ve FN HK HS je, nicméně odpověděly, že nebyla za nimi, ale za kamarády na pokoji / na vedlejším pokoji.

Zbylých **28** dětí se s HS během svého pobytu ve FN HK setkala osobně.

Pravidelně, tj. každý den se s HS setkává **11** dětí: 4 KH: 2 mladší a 2 starší a 7 DH dětí: 3 mladší a 4 starší). Délka setkání je stejná, jako u setkání s pedagogy, tj. cca půl hodiny denně, ale odpoledne, nikoli dopoledne.

10 dětí se s HS setkala vícekrát, avšak nesetkává se s ní pravidelně: 1 mladší KH: „asi 3 krát“ a 9 DH dětí: 2 mladší a 7 starších – odpovědi byly obdobné: „asi třikrát“; „vícekrát, už ani nevím, kolikrát“;

Jenom jednou se s HS setkala **7** dětí: 3 KH: 1 mladší a 2 starší a 4 DH: 2 mladší a 2 starší děti.

Interpretace odpovědí na ot. č. 8

Otázka č. 8 POKUD ZA TEBOU HERNÍ SPECIALISTA BYL, KVŮLI ČEMU?

Tato otázka zjišťovala, za jakým účelem herní specialistka hospitalizované děti na odděleních FN HK navštěvuje a co s dětmi v rámci těchto setkání dělá.

Nejfrekventovanější odpověď byla, stejně jako v předchozí otázce, odpověď „*nebyla za mnou*“ - **25** dětí: 15 KH a 10 DH dětí.

Zbýlých **35** dětí se s HS setkala, ať už přišla za kamarády na pokoji (7), nebo za nimi samotnými (28).

Z dětí, které uvedly, že HS nepřišla za nimi, ale za kamarády na pokoji (7), 2 starší děti odpověděly, že si nehrály, 2 děti (1 mladší a 1 starší) sdělily, že HS šla s dětmi do herny. 3 mladší děti uvedly, že si s HS jejich kamarádi hrály stolní hry.

Hraní her (společenských aj.) byla nejčastěji uváděná aktivita, kterou děti, kteří se s HS setkávají osobně (28), provozují. Hrové činnosti samostatně ve svých odpovědích zmínilo **7** dětí: „*pexeso*“ (1 mladší KH); „*šli jsme si hrát do herny*“ (1 mladší KH); „*hráli jsme hry*“ (3 DH: 2 mladší a 1 starší); „*hrát stolní hry*“ (1 starší DH); „*hrajem hry: Maršál a špión, Hádej kdo*“ (1 mladší DH).

Hraní her a výtvarné aktivity se objevily ve **4** odpovědích: „*hra Hádej kdo, vyráběli jsme si*“ (1 starší KH); „*hrajem hry nebo něco vyrábíme*“ (1 mladší DH); „*hráli jsme stolní hry, malujeme na sklo, chci bez šablony, HS chce se šablonkou*“ (1 mladší DH); „*různé aktivity, třeba něco vyráběli*“ (1 starší DH).

Další kombinace s hrovými činnostmi byla **chození na procházku** do nemocničního parku nebo na nemocniční dětské hřiště (**2**): „*hráli jsem hry: včera scrable; stolní hry nebo chodíme ven*“ (1 mladší DH); „*hrajeme hry nebo jdeme na procházku ven*“ (1 starší DH).

Procházky se dále objevily v kombinaci s výtvarnými aktivitami (**1**): „*procházky, výkresy*“ (1 starší DH).

Výtvarné aktivity samostatně figurovaly ve **2** odpovědích: „*malovali jsme na plátno*“ (1 starší DH). „*přinesla mi obrázky na vybarvení*“ (1 starší DH).

To, že si HS s dětmi **chodí povídat, jak se jim daří**, uvedly samostatně **3** děti DH: 1 mladší: „*popovídat, jak se mám*“ (1) a 2 starší: „*přišla si popovídat o tom, jak se mám*“ (2).

Kombinaci předchozích variant (hraní, povídání, procházky) zmínilo **5** starších dětí DH: „*hráli jsme hry, přišla si popovídat o tom, jak se mám*“ (4); „*hráli jsme hry, přišla si popovídat o tom, jak se mám nebo jdeme do parku (1)*“;

2 starší děti KH se k žádným aktivitám nevyjádřily, neboť dle jejich slov si s HS nehráli: „*nehrál jsem si*“ (2).

2 mladším děvčatům KH herní specialista kromě nabídky výtvarných aktivit poskytla i informační sociální oporu: **vysvětlila jim prostřednictvím plyšového medvídky, co je v nemocnici čeká**: „*vyráběli jsme z papíru, kreslily, modelovaly, taky mi vysvětlila na medvídkovi, co mě čeká za vyšetření*“ (1); „*vybarvovala jsem s ní obrázky, kreslila, taky mi vysvětlila na medvídkovi, co mě čeká za vyšetření*“ (1).

Interpretace odpovědí na ot. č. 9

Otázka č. 9 **KDO TI V NEMOCNICI VYSVĚTLUJE, CO TI JE A CO SE S TEBOU BUDE V NEMOCNICI DÍT – CO TĚ ČEKÁ, JAKÁ VYŠETŘENÍ, ZÁKROKY ATD.?**

Tato otázka zdánlivě nesouvisí přímo s HS, ale prostřednictvím jí bylo zjišťováno, do jaké míry se právě HS podílí v rámci týmového přístupu na vysvětlování, co dětem je a co se s nimi bude v nemocnici dít – co je čeká, jaká vyšetření, zákroky atd.

Nejčastěji dětem vysvětluje, co jim je a co se s nimi bude v nemocnici dít – co je čeká, jaká vyšetření, zákroky atd., **zdravotnický personál – 51** odpovědí (85 %): 28 KH (13 mladších a všech 15 starších a 23 DH (10 mladších a 13 starších).

Odpovědi dětí napříč délkou hospitalizace jsou vyrovnané z hlediska jmenování konkrétního pracovníka, který dětem nejčastěji vysvětluje, co je v nemocnici čeká: 19 dětem to vysvětluje **lékař** (9 KH a 10 DH), 18 dětem **sestra** (10 KH a 8 DH) a pro 14 dětí jsou informační sociální oporou oba - **sestra i lékař**.

Variantu, že děti informuje zdravotnický personál osobně, nebo o jejich zdravotním stavu informuje jejich **rodiče** a tito je zprostředkovaně předávají dítěti samotnému, uvedlo **5** dětí: 4 mladší (1 KH a 3 DH) a 1 starší DH.

2 mladší děti DH odpověděly, že se s nimi o tom, co jim je a co se s ním bude v nemocnici dít – co je čeká, jaká vyšetření, zákroky atd., **nikdo** nebaví.

Pouze ve 2 odpovědích kromě zdravotnického personálu zazněla zmínka o tom, že se na vysvětlování, co dotyčnému pacientu je a co se s ním bude v nemocnici dít – co ho čeká, jaká vyšetření, zákroky atd. podílí i další profesionál – **herní specialista** (1 mladší děvče KH) a u druhého děvčete **psycholog** (starší DH)

Můžeme tedy konstatovat, že podíl HS na vysvětlování, co dětským pacientům je a co se s nimi bude na dětské klinice ve FN HK dít – co je čeká, jaká vyšetření, zákroky atd. minimální. Největší podíl jeho náplně práce spočívá dle toho, jak jeho práci vnímají oslovené děti) v doplnění činnosti vychovatelek školní družiny – ve vyplnění volného času, aby jim tento více utíkal.

Analýza odpovědí dětí na otázky zjišťující zkušenosti respondentů s psychologem

Zkušenosti dětí s psychologem (ve FN HK působí dva) zjišťoval okruh otázek dotazníku č. 10.

Interpretace odpovědí na ot. č. 10

Okruh otázek č. 10 **BYL ZA TEBOU ZA TU DOBU, CO TU JSI, PSYCHOLOG? POKUD ANO, KVŮLI ČEMU, JAK PROBÍHALO VAŠE SETKÁNÍ? POMOHL TI?**

Z odpovědí předchozích otázek zjišťujících frekvenci setkávání a zkušenosti dětí s výše uvedenými pracovníky z řad pomáhajících profesí vyplynulo, že se děti hospitalizované ve FN HK setkávají pravidelně s **paní učitelkou** (55) kromě 5 dětí, které uvedly pouze jediné setkání.

S **herní specialistkou** se setkala více než polovina dotázaných dětí (35 / 60), z nichž 7 dětí o ní ví, jelikož navštívila kamarády na pokoji nebo z vedlejšího pokoje a 28 dětí s ní mělo osobní zkušenost. Z těchto 28 za 11 z nich chodí pravidelně každý den, vícero setkání absolvovalo 10 dětí a 7 dětí se s ní setkala alespoň jednou.

S **psychologem** se oproti tomu setkaly pouze 4 děvčata DH / 60 oslovených dětí: 1 mladší a 3 starší a ve všech případech se jednalo o jedinou konzultaci.

1 starší dítě DH odpovědělo, kvůli čemu za ním byl psycholog: „*přišel na začátku léčby, byl příjemný, nabídl mi kdykoli pomoc*“. Další 2 děvčata uvedly důvod konzultace - týkal se vlastní nemoci a s ní související léčby, případně ve které fázi léčby setkání proběhlo: „*když jsem přišla; chtěli zjistit, jestli padání vlasů není psychické, dojem hrozný, „vlezlý“*“ (1 starší) a „*já jsem byla za ním, kvůli lékům – flákala jsem to, pomohlo to*“ (1 mladší). 1 starší děvče uvedlo, že jim psycholožka „*nabízela omalovánky*“, informovala tedy o aktivitě, kterou jim psycholožka nabídla, informace neobsahovala údaje o tom, proč tuto iniciativu psycholožka vyvinula ani hodnocení, jaké

s ní má dotyčná dívka zkušenosti.

Co se týče hodnocení pomoci, tak se děti spíše vyjádřily, jak na ně psycholog / psycholožka zapůsobili. V jednom případě, jak již bylo uvedeno, hodnocení nezaznělo, ve dvou případech vyznělo kladně, na jedno děvče psycholog udělal dojem negativní. – viz předchozí autentické odpovědi dětí.

Analýza odpovědí dětí na otázku č. 11 zjišťující, jak respondenti - děti v nemocnici tráví volný čas

Interpretace odpovědí na ot. č. 11

Otázka č. 11 CO DĚLÁŠ VE VOLNÉM ČASE, KDYŽ TĚ NEČEKÁJÍ ŽÁDNÁ VYŠETŘENÍ, ZÁKROKY ANI ŠKOLNÍ POVINNOSTI?

Odpovědi na otázku číslo 11 jsou velice různorodé. Neuvádíme tedy výčet odpovědí dle počtu dětí, nýbrž aktivity, které děti uvedly, že v nemocnici dělají, dle četnosti jejich zastoupení v jednotlivých odpovědích.

Spektrum činností, které děti dělají v nemocnici ve volném čase, bychom mohli rozdělit do **činností, které dělají s někým blízkým** – zařadili bychom sem čas věnovaný návštěvám, povídání a hraní si s kamarády, případně čas strávený s vychovatelkou, která si s nimi realizuje výtvarné aktivity, a to buď uvnitř nemocnice: na pokoji nebo v herně, nebo vně nemocniční budovy- procházky do nemocničního parku a hra na tamním dětském hřišti.

Dalším spektrem činností jsou aktivity, při kterých si dotyčný **vystačí sám** – odpočinek, spaní, poslech hudby, sledování televize nebo DVD, hraní si s hračkami (skládání puzzlů, hry na mobilu, kreslení o samotě), počítač – surfování po internetu nebo hry na PC.

- **činností, které dělají s někým blízkým – 53 odpovědí**

Nejčastěji děti uváděly, že si **povídají s kamarády na pokoji – 21 dětí**: 13 KH (7 mladších a 6 starších) a 8 DH (2 mladší a 6 starších).

Hraní s kamarády na pokoji zmínilo **13 dětí**: 6 KH (4 mladší a 2 starší) a 7 DH (3 mladší a 4 starší).

1 starší DH děvče kromě hraní si na pokoji nebo v herně zmínilo **procházky s některou ze spolehospitalizovaných maminek kamaráda na oddělení vně nemocniční budovy** - do parku nebo na dětské hřiště.

S návštěvou tráví volný čas mimo jiných aktivit **8** dětí (5 KH: 3 mladší a 2 starší a 3 DH: 2 mladší a 1 starší).

Do této kategorie (činnosti provozované s někým blízkým) by patřilo i „**blbnutí a škádlení**“ – **6** starších dětí: 2 KH a 4 DH: „*blbnem, házíme po sobě plyšáky*“ (3: 1 KH a 2 DH; „... *vraždíš kamarády na pokoji*“ – pozn. komentář spolupacienta (1 KH); „*navzájem s Andreou / Denisou – škádlíme sebe a paní vychovatelku, vystřihujeme, malujeme*“ (2 děvčata DH)

„Vystřihování a malování“, tedy **výtvarné aktivity s někým** (kamarádi nebo paní vychovatelka - dětmi nazývaná jako odpolední vychovatelka nebo paní učitelka „výtvarová“) uvedly **4** děti: kromě těchto 2 děvčat i 2 mladší děti DH: „*s paní vychovatelkou pořád něco vyrábíme*“ (1); „*vyrábím nebo maluju s odpolední paní vychovatelkou*“ (1).

- **činností, při kterých si děti vystačí samy – 79 odpovědí**

Výše uvedené výtvarné aktivity se dají realizovat buď s někým - s kamarády nebo paní vychovatelkou, nebo samostatně (odpovědi **kreslím si, maluju si, vybarvuju si, ..**) – ve výčtu variant odpovědí se objevily u **7** dětí: 3 KH (1 mladšího a 3 starších) a 4 DH (3 mladších a 1 staršího).

Do spektra těchto činností bychom zařadili **sledování televize** (**29** dětí: 14 KH (6 mladších a 8 starších) a 15 DH (9 mladších a 6 starších), **filmů na DVD** (**2** mladší děti: 1 KH a 1 DH a čas strávený u **počítače** (surfování po internetu, hry) – **5** dětí: 2 KH a 3 DH.

Hudbu poslouchá **15** dětí (z MP3, MP4, z mobilu, z diskmana atp.) – 7 KH (1 mladší a 6 starších) a 8 DH (4 mladší a 4 starší).

Hraní si hračkami z domova - bábíny (1), „bojovník“ (1)-, skládání puzzlů (2), hra s legem (1) se objevilo v odpovědích mladších dětí (**5**: 3 KH a 1 DH); z dalších her, které děti mohou hrát samy, zazněla hra na mobilu (**1** starší dítě DH).

Ryze odpočinkové činnosti - **odpočívání** (1 mladší dítě KH), **spaní** (6: 1 starší KH a 5 DH: 2 mladší a 3 starší děti) a čtení (8: 4 KH + 4 DH (v obou případech 3 mladší a 1 starší) figurovaly v **15** odpovědích.

1 děvče DH jako jednu z činností, které ve volném čase v nemocnici dělá, zmínila **přepisování sešitů**, tedy přípravu na školní nemocniční vyučování.

Stojí za zmínku, že činnosti, které děti uváděly, že se jim ve volném čase věnují, do značné míry korespondují s činnostmi, které byly uvedeny v podkapitole 7. 3 Funkce a možnosti volného času hospitalizovaných dětí v teoretické části práce.

Analýza odpovědí dětí na otázku č. 12 zjišťující, za jakým účelem za dětmi chodí zdravotnický personál

Interpretace odpovědí na ot. č. 12

Otázka č. 12 **KDYŽ ZA TEBOU NEBO ZA KAMARÁDY NA POKOJI PŘIJDE SESTRÍČKA NEBO LÉKAŘ, ZA JAKÝM ÚČELEM?**

Z výsledků odpovědí dětí vyplývá, že poměr dětí, které chodí za zdravotnickým personálem, tzn. že děti **sami musí žádat o to, aby za nimi sestřičky došly, event. za nimi dojít (23 dětí)**, je obdobný, jako u dětí, u kterých je zdravotnický personál iniciátorem setkání (**24 dětí**).

U dětí, sami musí žádat o to, aby za nimi sestřičky došly, event. za nimi dojít, se jedná se o **16 dětí KH** (7 mladších a 9 starších), a **7 dětí DH** (4 mladší a 3 starší).

Bez dalšího doplnění odpovědi „*sestřičky / lékaři sami od sebe nechodí, když něco chci, musím buď zazvonit, nebo si dojít na sesternu*“ uvedlo 14 dětí: 7 mladších a 7 starších KH dětí a všech 7 dětí DH. 2 starší chlapci KH k tomu doplnili, že na JIP za nimi chodili sestřičky, a na běžném oddělení už zdravotnický personál musí navštívit děti samy.

U dětí, u kterých jsou **sestřičky iniciátory kontaktu a chodí za dětmi samy: 4: DH** děti (2 mladší a 2 starší) rovněž žádný další komentář k výše uvedené odpovědi nedoplňily, **3 děti** (2 mladší a 1 starší) ještě zpřesnily poměr toho, kdo projeví iniciativu, různí – jedná se o 1 odpověď mladšího dítěte „*jak kdy*“, zde je iniciativa vyrovnaná, a 2 odpovědi, které připouštěly, že občas dojdou i sestřičky, ale málokdy: „*někdy, ale většinou dojdeme my*“ (1); „*když zavolám, přijdou, ale jinak si dojdu, nevadí mi to, aspoň se projdu*“ (1).

24 dětí: 11 KH dětí (7 mladších a 4 starší) a 13 DH dětí (7 mladších a 6 starších) se setkává s tím, že sestřičky jsou iniciátory kontaktu a chodí za dětmi samy, avšak pouze kvůli léčebným záležitostem (nosit léky, změřit teplotou, odvést na nějaké vyšetření atp.).

Celkem se tedy **47 dětí** se zdravotnickým personálem kontaktuje, jedno kdo kontakt iniciuje jako první, **výhradně kvůli záležitostem týkajícím se vlastní léčby**.

Zbylých **13 dětí** v odpovědích uvedlo, že jsou situace, kdy za nimi zdravotnický personál přijde **nejen kvůli léčebným otázkám, ale i za účelem projevení zájmu o to, jak se dětské pacienti cítí, případně strávit s nimi trochu volného času, zabavit je, aby jim tento lépe uběhl**.

12 dětí (2 starší KH a 10 DH: 4 mladší a 6 starších) odpovědělo, že častější varianta vzájemného styku se zdravotnickým personálem je, že iniciativa je spíše na straně sestřiček, a ty **kromě vlastních léčebných záležitostí za dětmi chodí i za jiným účelem – zeptat se, jak se jim**

daří a zda něco nepotřebují.

4 DH děti (1 mladší a 3 starší) odpověď „*chodí si popovídat o tom, jak se máme*“ uvedly bez dalšího doplnění či dovysvětlení, dalších 8 dětí komentář připojily.

Komentář se týkal frekvence této varianty: „*chodí hlavně kvůli léčebným záležitostem, ale někdy si i popovídat*“ (3: 1 starší KH a 2 mladší); „*když má čas*“ (1 starší DH); dále doplnění předmětu zájmu sestřiček o děti: „*jestli nás něco nebolí*“ (1 starší KH); a kdo z personálu o konverzaci s dětmi stojí „*praktikantky*“ (2 mladší DH) a „*někteří ano, někteří ne*“ (1 starší DH).

1 mladší dítě KH zažilo, že za ním sestřičky přišly nejen si popovídat, ale i si s nimi něco zahrát („*karty*“)

Analýza odpovědí dětí na otázku č. 13 zjišťující, jak děti hodnotí pracovníky z výše uvedených pomáhajících profesí (pedagogy ze školy při nemocnici, herní specialistku / specialistky, psychologa a zdravotnický personál

Otázka č. 13 CO BYS ŘEKL / ŘEKLA KAMARÁDŮM VE ŠKOLE A DOMA O SVÝCH ZÁŽITCÍCH Z NEMOCNICE A ZKUŠENOSTECH S NÁSLEDUJÍCÍMI PRACOVNÍKY: SESTŘIČKY, LÉKAŘI, PANÍ UČITELKY A VYCHOVATELKY ZE ŠKOLY PŘI NEMOCNICI, HERNÍ SPECIALISTA, PSYCHOLOG?

Při vyhodnocení odpovědí na otázku č. 13 budeme postupovat tak, že vyhodnotíme zkušenosti dětí s každou cílovou skupinou zvlášť.

Analýza zkušenosti dětí se zdravotnickým personálem

- **Kladné zkušenosti – 50 dětí**

Většina oslovených dětí vyjádřila kladné hodnocení zdravotnického personálu – **50/ 60** dětí, tj. 83,3 %.

🌈 Nejčastěji zaznívala věta: „***jsou hodní***“ (**30**: 15 KH dětí: 9 mladších a 6 starších a 15 DH: 10 mladších a 5 starších). 3 z těchto DH dětí (2 mladší a 1 starší) ještě k tomu, že lékaři a sestřičky ve FN HK jsou hodní, doplnily komentář: „*...snaží se pomoci*“ (1 starší) a 2 mladší děti dokonce své hodnocení vyjádřily v superlativech: „*jsou na mě strašně hodní, strašně pěkně se tu o mě starají*“ (1) a „*je to tu samý luxus*“ (1).

- ✚ Další varianta hodnocení byla, že „**jsou dobří**“ (8: 3 KH: 1 mladší a 2 starší a 5 DH: 2 mladší a 3 starší). I zde jedna z těchto odpovědí (starší dítě DH) byla vyjádřena v superlativech: „dobrý, výborný, nechtěl bych do .., jsem tu zvyklý, jsem na 8. operaci“.
- ✚ 3 děti KH (1 mladší a 2 starší) odpověděly, že by o tamějších lékařích a sestrách řekly „**samý kladný věci**“; další 3 děti (1 mladší KH a 2 starší DH) míní, že lékaři a sestřičky ve FN HK „**jsou v pohodě**“.
- ✚ 2 mladší děti (1 KH a 1 DH) soudí, že jsou „**fajn**“, 2 děti (1 mladší KH a 1 starší DH), že „**jsou milí**“ a 2 starší děti (1 KH a 1 DH) se vyjádřily, že je ve FN HK „**příjemný personál**“.

- **Nevyjádřený postoj – 3 děti**

3 mladší děti se k této otázce nevyjádřily: „**nevím**“ (2: 1 KH a 1 DH) a „*je to komplikovaný vysvětlit*“ (1 DH)

- **Rozpačitý - 1 dítě**

Reakce 1 staršího chlapce KH na tuto otázku byla, že řekl „*No..*“ a pokrčil rameny.

- **Výběrový – k některým pracovníkům kladný, k jiným negativní – 5 dětí**

Jednalo se o odpovědi starších dětí: „*Někteří dobří, někteří ne*“ (3: 1 KH a 2 DH); „*jak který, některý hodný, některý nepříjemný*“ (2 KH)

- **Negativní – 1 dítě**

Jediné negativní hodnocení zaznělo od staršího děvčete DH: „**přístup sestřiček**“.

Analýza zkušenosti dětí s pedagogy ve škole při nemocnici

- **Kladné zkušenosti - 49 dětí (81,6 %)**

Většina oslovených dětí, stejně jako u hodnocení zdravotnického personálu, opět vyjádřila kladné hodnocení, ovšem zde ještě děti ve svých odpovědích jednak rozlišovaly paní učitelky a paní vychovatelky, případně doplňovaly, v čem je nemocniční vyučování jiné (lepší) než vyučování v běžné škole.

- Nejčastěji opět zaznívala věta: „**jsou hodní**“ (16: 8 KH dětí: 4 mladší a 4 starší a 8 DH: 3 mladší a 5 starších). 11 dětí odpovědělo „jsou hodní“ bez dalšího dovětku, 4 děti (3 KH: 2 mladší a 1 starší a 1 starší DH) ještě k tomu, že paní učitelky a vychovatelky ve škole při FN HK jsou hodné, doplnily komentář: „...*věnují se mi, je to tu víc individuální*“ (1 starší KH); „...*věnují se mi víc než doma ve škole*“ (1 mladší KH); „...*učení je spíš odpočinkový*“ (1 starší DH); „*učila mě, byla na mě hodná*“ (1 mladší KH). 1 starší děvče DH kromě ohodnocení paní učitelky, že „byla hodná, ..“ i ocenilo přístup paní vychovatelky: „*.. je prima, je s ní sranda*“.

- Další varianta hodnocení byla, že „**jsou dobrý**“ (12: 4 KH: 1 mladší a 3 starší a 8 DH: 3 mladší a 5 starších).

Odpověď „*dobry*“ bez dalšího komentáře uvedlo 7 dětí (3 KH: 2 starší a 1 mladší a 4 DH: 3 mladší a 1 starší). Doplnující odpovědi 3 DH dětí k učitelskému sboru zněly: „*je dobrá, celý kolektiv*“ (1 starší); „*tady dobrý, je s ní sranda*“ (1 mladší) a „*pochoopil jsem, co po mně chtěly a byly dobrý*.“ (1 mladší). 2 starší děti (1 KH a 1 DH) vyjádřily svůj postoj k paní vychovatelce: „*odpolední vychovatelka je dobrá, vyráběla s náma, nemůžu si na ni stěžovat*“ (2).

- 7: 6 KH: 3 mladší a 3 starší a 1 starší DH pedagogy označilo za „**milé a sympatické**“.
- 6 dětí (5 KH: 1 mladší a 4 starší a 1 starší DH) míní, že lékaři a sestřičky ve FN HK „**jsou v pohodě**“. 1 starší dítě KH k tomu dodalo, že „*jsou lepší než ve škole*“ (myšleno v kmenové).
- **Ocenění osobního přínosu nemocničního vyučování** obsahovaly odpovědi 3 DH dětí: 1 staršího: „*jsou pečlivé, vysvětlují nám věci, které nechápeme*“ a 2 mladších dětí: „*byl jsem rád, že jsem přečetl hodně stránek ve Slabikáři a v matematice*“ (1); „*byl jsem překvapený, když jsem zjistil, že je tu škola a jsem rád, že tu je, nebudu toho ve škole muset tolik dohánět*“ (1)
- 1 mladší dítě KH odpovědělo, že by o tamějších pedagozích řekl „**samý kladný věci**“;
- 1 mladší dítě KH soudí, že jsou „**fajn**“;
- 1 starší dítě KH se vyjádřilo, že je ve FN HK „**příjemný personál**“.
- 2 mladší děvčata DH ohodnotila **paní vychovatelku**: 1 děvče jak paní učitelky: „*vedou mě dál v učení*“, tak paní vychovatelku: „*jsem ráda, že tu je, už je to dlouho, co jsem tu, aspoň mi to s ní víc utíká*“, a 1 děvče jenom paní vychovatelku: „*s paní vychovatelkou je to fajn, utíká mi to*“.

- **Neutrální postoj – 2 děti**

Za neutrální odpověď bychom označili hodnocení „*normální*“ – pedagogy tak vnímají 2 mladší děti (1 KH a 1 DH)

- **Nevyjádřený postoj – 2 děti**

2 mladší děti KH se k této otázce nevyjádřily: „**nevím**“ (1) a „*nevím, byla za mnou jenom jednou dnes dopoledne*“ (1)

- **Kolísavý - 2 děti**

V závislosti na situaci 2 mladší chlapci odpověděli, že paní učitelky jsou „**někdy hodné, někdy přísné**“

- **Výběrový – k učení negativní, k osobám pedagogů kladný + respektování důležitosti nemocničního vyučování navzdory subjektivní nechuť k učení – 3 děti**

Jednalo se o odpovědi: „*učení mě nebaví, ale paní učitelky jsou docela fajn*“ (1 mladší KH); „*nejsou špatné, ale nebaví mě učení*“ (1 starší DH) a „*někdy se spolu hádáme kvůli učivu, ale jinak je v pohodě*“ (1 starší DH)

- **Negativní – 2 děti**

Negativní hodnocení zaznělo od 2 starších chlapců DH: „*jsou přísné*“ (1); „*jsou votravné, nutí nás do učení*“ (1)

Analýza zkušenosti dětí s herní specialistkou

Jak již bylo uvedeno v analýze odpovědí na ot. č. 25 dětí: 15 KH a 10 DH dětí se s HS nesetkaly vůbec – odpověď „*nebyla za mnou*.“

Dalších 7 dětí KH: 4 mladší a 3 starší se sice s HS nesetkaly přímo, ale vědí o tom, že ve FN HK HS je, nicméně odpověděly, že nebyla za nimi, ale za kamarády na pokoji / na vedlejším pokoji.

Zbýlých 28 dětí se s HS během svého pobytu ve FN HK setkalo.

- **Nevyjádřený postoj – 3 děti**

3 děti KH se k této otázce nevyjádřily: „*nevím*“ (1 mladší) a „*moc k tomu říct nemůžeme, nehráli jsme si*“ (2 starší).

Zbytek dětí (25) buď pojmenovaly aktivity, které s ní dělaly – zřejmě kvůli tomu, že otázka byla formulovaná – co by o .. řekly svým kamarádům - snažily se tedy popsat, co mohou od HS v nemocnici čekat (.. dětí), nebo vyjádřily svůj postoj k osobě HS (.. dětí).

- **Pojmenování aktivit, které děti s HS v nemocnici dělají – 3 děti**

Odpověděly tak 1 mladší dítě KH „*hraje si s náma*“; a 2 starší děti DH: „*chodí hrát hry nebo něco vyrábět*“ (1); „*hrajeme hry, kreslíme*“ (1).

- **Vyjádření postoje k osobě HS – 22 dětí**

Kladné zkušenosti – 17 dětí

Většina dětí HS hodnotila kladně. Konkrétní formulace odpovědí dětí byly „*je v pohodě*“ (3 starší děti: 2 KH a 1 DH); „*byla hodná a hrála si s náma*“ (1 mladší KH); „*je fajn*“ (1 mladší KH); „*je dobrá*“ (4 DH: 3 mladší a 1 starší); „*je dobrá pro malý děti*“ (2 starší DH); „*je milá*“ (2 DH děti: 1 mladší a 1 starší); „*je příjemná, má zájem hrát si s dětmi*“ (1 starší DH); „*byla s ní docela zábava*“ (1 mladší DH); „*je s ní sranda*“ (2 starší DH).

✚ **Neutrální postoj – 2 děti**

Byl vyjádřený odpověďmi „*ujde*“ (1); „*ujde, snaží se*“ (1) starších dětí DH.

✚ **Rozpačitý - 2 děti**

2 mladší děti DH reagovaly slovem „*no..*“ a pokrčením ramen.

✚ **Negativní - 1 dítě**

Negativní hodnocení zaznělo od 1 staršího děvčete DH: „*je vlezlá*“ (1).

Analýza zkušenosti dětí s psychologem

S psychologem se z celkového počtu 60 dotázaných dětí setkaly pouze 4 DH děti – 1 mladší a 3 starší. Mladší dítě o setkání s ním odpovědělo, „*že za ním byla jenom jednou, ale že jí pomohl a byl milý*“. Totéž si myslí další starší děvče – že byl milý. Další starší děvče si na ni (psycholožku) názor nevytvořilo, jelikož se s ní setkala rovněž jenom jednou.

Na jedno děvče nezapůsobil kladně, její dojem z něho byl „*hrozný – byl vlezlý*“

Analýza celkového názoru dětí na hospitalizaci ve FN HK

Výzkum zaměřený na zjištění zkušenosti dětí s pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří jsou kmenovými pracovníky FDN Hradec Králové, uzavíraly otázky č. 14 – 16 zjišťující, co by děti v nemocnici změnily a s čím naopak byly spokojené.

Interpretace odpovědí na ot. č. 14

Otázka č. 14 CO BYS CHTĚL / CHTĚLA, ABY SE TADY V NEMOCNICI ZLEPŠILO

Přání dětí bychom mohli rozdělit dle několika kritérií:

- dle toho, čeho se týkala
- dle toho, zda se jedná o požadavky alarmující, které by měli být ihned řešeny a napraveny, neboť by měli být samozřejmou součástí léčby, případně jejich splnění nestojí nic v cestě a přání nadstandardní
- dle toho, zda přání jsou či nejsou v kontraindikaci vlastní léčby a hospitalizace jako takové
- zda ke splnění přání jsou či nejsou zapotřebí finanční prostředky

Přesně polovina (30) oslovených dětí (11 KH: 7 mladších a 4 starší a 19 DH: 11 mladších a 8 starších) by na stávající péči **nic neměnily**, neboť jsou v nemocnici spokojené.

Konkrétní formulace odpovědí zněly „*nic*“ (21: 8 KH: 4 mladší a 4 starší a 13 DH: 8 mladších a 5 starších); „*asi nic, jsem tu spokojený*“ (2 mladší KH); „*tady je všechno normální*“ (1 mladší KH); „*ani ne*“ (1 mladší DH); „*nic bych nelepšil*“ (2 DH: 1 mladší a 1 starší); „*nevím, mně je tady dobře*“ (1 mladší DH); „*nic, když je to super*“ (1 starší DH); „*asi nic*“ (1 starší DH).

Větší míru spokojenosti s péčí ve FN HK jsme zaznamenali u dětí DH, děti KH byly více kritické, a odrazilo se to i v odpovědích, ve kterých děti nějaký námět na změnu uvedly (zbývajících 30 dětí)

- **Větší materiální komfort – 16 dětí** (8 KH: 4 mladší a 4 starší a 8 DH: 3 mladší a 5 starších) – odpovědi dětí u této varianty dle délky hospitalizace byly vyrovnané, a jednalo se spíše o odpovědi typu „nevím, je to tu fajn, kdyžtak jen ..“ Vyslovené nápady na zlepšení nejsou brány jako zásadní problém - jak děti samy uvedly, v nemocnici se cítí dobře, to, co by teoreticky ještě šlo zlepšit, jsou pomyslné „třešničky na dortu.“ Jsou tedy spíše nadstandardem, než nutností k zajištění humánního prostředí nemocnice. Rovněž k jejich splnění jsou zapotřebí značné finanční prostředky.

Z konkrétních variant odpovědí by děti uvítaly **větší prostor a pokoje a lepší vybavení:** „větší pokoje, lepší televize, vybavení“ (1 starší DH); „víc hraček“ (1 mladší KH); „DVD na pokoj“ (1 starší KH); „lepší televize“ (1 mladší DH); „lepší postele“ (2 mladší DH); „sluchátka na televizi“ (1 starší DH); **více počítačů v herně a bezdrátové připojení na internet na pokojích:** „víc DVD, filmů, internet na pokoji“ (1 starší DH); „víc počítačů, víc soukromí“ (1 starší DH); „aby byl na pokoji internet, abych mohla večer na chat s bráchou“ (1 mladší KH); **možnost většího soukromí ohledně WC – nemuset se o něj dělit s pacienty ze sousedního pokoje:** „aby byl na pokoji záchod a koupelna, máme ho společný s holkama z vedlejšího pokoje“ (1 mladší KH); „nic mi tu nevadí, možná jen společné WC se sousedním pokojem, mohlo by být v herně víc počítačů“ (1 starší DH); „víc soukromí“ (1 starší KH).

3 děti mají dodatek k jídlu („jídlo“ (1 mladší KH); „... kdyžtak aby měli automaty na sladkosti na chodbě na patře“ (2 starší KH); i tyto dvě poznámky jsou jen doplněním, kdyby náhodou, nikoli problémem.

Zatímco u materiálního zázemí jsou odpovědi dětí napříč délkou hospitalizace vyrovnané, další výhrady 14 dětí se týkají 13 dětí KH a pouze 1 DH dítěte.

- **Výhrada ke spolupacientům – 3 děti KH:** (2 mladší a 1 starší)

Jedno děvče uvedlo, že by ocenila „víc dětí“ (mladší) a „stejně staří kamarádi“ (starší) – obě odpovědi vyjádřily stesk po kontaktu s vrstevníky.

1 mladší děvče má s kamarády na pokoji problém a toto vyjádření by za určitých okolností mohlo být něčím, co může díky psychické nepohodě komplikovat průběh léčby, jeho splnění nevyžaduje vydání masivních finančních prostředků, stačilo by přemístit děvče na jiný pokoj.

- **Vyjádření touhy po možnosti spulhospitalizace maminky – 1 mladší dítě KH**

1 děvče by si přálo, aby s ní mohla být maminka pořád, nikoli jenom jako návštěva, ale toto nejde za nemocnicí, která spulhospitalizaci rodinných příslušníků běžně umožňuje, ale na vině je

situace v rodině – zázemí, kterou nemocniční personál neovlivní.

- **Výhrada ke zdravotnickému personálu – 3 starší děti: (1 KH a 2 DH)**

1 chlapec DH poznámku ke střednímu zdravotnickému personálu vyslovil s nadsázkou: „*mohly by být hezčí sestřičky (ale i tak jsou tady hezké)*“, 2 děvčatům vadí „*přístup některých sestřiček*“ toto je opět jeden z bodů, pro jehož splnění primárně nemusí být nutné vyšší finance, nýbrž pouze zlepšení komunikace mezi všemi zúčastněnými stranami.

- **Výhrada ke škole při nemocnici – 1 mladší dítě KH**

1 chlapec vadí, že se v nemocnici musí učit: „*abych se nemusel učit*“.

- **Méně kontroly ze strany nemocničního personálu – zdravotníků a pedagogů – 4**

starší děti KH

Jedná se o odpovědi „*Víc volného času, aby nás sestřičky nechaly dýl v herně*“ (2 starší děti KH), toto však spadá do kategorie přání, jejichž možnost splnění je omezená a opodstatněnost požadavku diskutabilní a v případě přání 2 starších chlapců KH **chodit na vycházky bez doprovodu** dokonce o přání, které není možno splnit vůbec, neboť je v přímém rozporu s nemocničním řádem a vlastní léčbou.

- **Výhrada k brzkému vstávání – 1 mladší dítě KH**

- **Výhrada k hygieně – 1 mladší dítě DH**

Jednalo se o zajímavou odpověď „*aby tu nelezli mravenci*“.

Interpretace odpovědí na ot. č. 15

Otázka č. 15 **CO BYS CHTĚL / CHTĚLA, ABY SE TADY V NEMOCNICI NAOPAK NEMĚNILO, S ČÍM JSI TU SPOKOJENÝ / SPOKOJENÁ?**

18 dětí je v nemocnici spokojeno **se vším**. Odpovědi dětí napříč délkou hospitalizace jsou vyrovnané: 9 KH: 4 mladší a 5 starších a 9 DH: 6 mladších a 3 starší.

1 starší děvče DH uvedlo, že **není nikdy s ničím spokojeno**. Jednalo se tedy jednak o upřímnost, ale i o určitou nadsázku s tím, že v okruhu otázek č. 1 (použito z testu sociální opory z výzkumu B) odpověděla, že se v nemocnici cítí dobře.

41 dětí uvedlo konkrétní skutečnosti, které by neměnilo a které jim pobyt v nemocnici zpříjemňuje.

Spokojenost se sociální oporou, kterou jim poskytují pracovníci pomáhajících profesí – zdravotnický personál, učitelky a vychovatelky školy při nemocnici, spolupacienti a návštěvy byla nejčastější varianta odpovědí – celkem jí takto formulovalo **31** dětí /41.

- **Spokojenost se zdravotnickým personálem** vyjádřilo **17** dětí (5 KH: 3 mladší a 2 starší a 12 DH: 6 mladších a 6 starších)

✚ Děti hodnotily zdravotnický personál buď **povšechně (8)**: „s přístupem sestřiček a lékařů“ (2: 1 mladší KH a 1 starší DH); „s personálem“ (1 mladší KH); „se vším, přístup personálu“ (2 starší KH); „se vším i s personálem“ (1 mladší DH); „jsem tu spokojen se sestrama i s doktory“ (1 mladší DH); „sestřičky a doktoři“ (1 mladší DH); nebo **sestřičky a lékaře zvlášť (8)**: „hodné sestřičky a paní učitelky“ (1 mladší KH); „sestřičky (5 dětí DH: 2 mladší a 3 starší. 2 starší děti DH jsou spokojené s lékaři

Formulace odpovědi „S doktorama, kteří mě operují a s určitýma sestřičkama“ (1 starší DH) napovídá, že s některými sestřičkami dotyčný spokojený není.

- **Spokojenost se spolupacienty** zmínilo **10** dětí (6 KH: 2 mladší a 4 starší a 4 starší DH - děti hovořily o tom, že jsou spokojené s „kamarády na pokoji“, u 1 staršího děvčete byla ke kamarádkám na pokoji připojena i odpolední paní vychovatelka.

- **Spokojenost s možností návštěv (3 děti KH: 2 mladší a 1 starší) či spulohospitalizace maminky** (1 mladší KH) – celkem **4** děti KH.

- **Spokojenost s materiálním zázemím – 5 dětí**

Děti ocenily materiální **vybavení** pokoje a herny. Líbí se jim, že mají k dispozici počítač a televizi (3: 2 KH - 1 mladší a 1 starší a 1 DH), že mají na pokoji WC a tedy možnost soukromí (2 starší KH).

- **Spokojenost s „volností“ – 1 dítě**

1 děvče DH uvedlo, že je rádo, že mohou chodit do herny s tím, že mají volnost v tom, kdy tam mohou chodit, jak dlouho tam mohou být a že je „moc nehlídají“.

- **Spokojenost s možností pobytu venku – 1 dítě**

Pro 1 mladší děvče DH je nesmírně cenné, že **mohou chodit ven** a nemusí být jenom zavřeni v budově, ať na nemocničním pokoji, nebo v herně.

- **Spokojenost se vším, kromě .. – 3 děti**

Zařadili bychom sem odpovědi dětí, které uváděly, že jsou v nemocnici spokojené se vším, kromě věcí, které by chtěly změnit, a které uvedly v odpovědích na předchozí otázku č. 14. „*kromě kamarádů na pokoji*“ (1 mladší dítě KH); „*kromě WI-FI*“ (1 mladší dítě KH); „*kromě postele*“ (1 mladší DH).

Většina dětí je tedy ve FN HK spokojena a důležitou sociální oporou z hlediska pracovníků pomáhajících profesí jsou pro ně sestřičky a lékaři. 2 děti se zmínily o pedagogickém personálu –

obě zahrnuty v jiných variantách: 1 odpověď u zdravotníků a 1 u kamarádů. HS ani psycholog zde vůbec nebyli zmíněny. Soudíme, že roli v tom hraje mj. četnost setkávání dětí s pracovníky konkrétních profesí – se sestřičkami se setkávají nejčastěji, méně s lékaři, s pedagogy sice pravidelně, ale většinou pouze jednou denně, s HS občas a s psychologem až na výjimky nikdo.

Interpretace odpovědí na ot. č. 16

Otázka č. 16 KDYBY VEDENÍ NEMOCNICE DOSTALO VELKOU ČÁSTKU PENĚZ PRO DĚTSKÁ ODDĚLENÍ, NA CO BYS CHTĚL / CHTĚLA, ABY SE POUŽILY?

Tato otázka uzavírala výzkum za měřený na zjišťování zkušeností dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialistka, psychologové a dal.). Přímo nesouvisela se zkušeností dětí s uvedenými pracovníky, ale nepřímou zjišťovala, zda v odpovědích dětí zazní zmínka o těchto pracovnících, nebo o činnostech, které s nimi děti v nemocnici dělají (vybavení do školy, hračky, ..)

Celkem **18** dětí (11 KH: 5 mladších a 6 starších a 7 DH: 5 mladších a 2 starší) se k této otázce neumělo vyjádřit nebo je nic nenapadlo – odpověď „*nevím*“.

1 starší chlapec DH odpověděl, že **je mu to jedno, že je tu spokojený**.

41 zbylých dětí nějaký nápad, za co by případný finanční obnos navíc na dětských odděleních šel utratit.

Děti by investovaly zejména do **vybavení nemocničních pokojů, vybavením herny a věcí pro volný čas a vybavením herny (26 dětí)**.

„*Vybavení*“ (6 KH: 4 mladší a 2 starší); „*vybavení herny*“ (2 mladší děti: a KH a 1 DH); „*lepší vybavení*“ (2: 1 mladší a 1 starší DH); „*na vybavení pokojů a herny* (2 starší DH); „*nové zařízení, nové počítače*“ (1 mladší KH); „*na nákup počítačů, víc věcí pro volný čas*“ (1 starší DH); „*šipky*“ (1 mladší KH); „*na hračky*“ (2 KH: 1 mladší a 1 starší); „*lepší postele*“ (3: 2 KH: 1 mladší a 1 starší a 1 mladší DH); „*nějakou pomůcku do postele, musím celou dobu ležet a nemůžu toho moc dělat*“ (1 mladší DH); „*na vybavení pro ležící pacienty*“ (1 starší DH); „*WI – FI na pokoje*“ (2 KH: 1 mladší a 1 starší); „*LCD televize*“ (1 starší KH); „*nové hry na pokoj, DVD*“ (1 mladší DH).

14 dětí by případný finanční obnos navíc na dětských odděleních věnovaly na **lékařské přístroje, nové léky a zařízení – „asi co potřebují doktoři“**. Odpověděly takto 3 starší děti KH a 11 dětí DH: 5 mladších a 6 starších.

1 děvče uvedlo, že by případné peníze navíc utratilo za „*lepší vybavu do školy*“.

3 ZÁVĚRY

3.1 Závěry pro teorii

Z výsledků výzkumného šetření můžeme konstatovat, že odpověď na vědeckou otázku „Existuje vztah mezi vnímáním hospitalizace u dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich osobnostními charakteristikami včetně sociální opory?“ je **ano**, existuje. Jaký, to doložíme na základě odpovědí na stanovené výzkumné otázky - rozdělily jsme je do 5 okruhů:

A) *vliv hospitalizace osobnostní charakteristiky dětí, resp. subjektivní prožívání hospitalizace*

1. Jaký má vliv fakt hospitalizace na osobnostní charakteristiky dětí, resp. subjektivní prožívání hospitalizace?

Z výsledků výzkumu prováděného prostřednictvím standardizovaného testu Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP (Grob et al., 1995) vyplynula alarmující skutečnost, a sice, že u většiny testovaných dětí došlo ke snížení subjektivně vnímané pohody vlivem hospitalizace u většiny jejích komponent, a nejmarkantněji u mladších dětí DH. U dětí KH byly výsledky testů napříč věkem relativně vyrovnané a posun subjektivní pohody k nižším hodnotám nebyl tak markantní – podrobně viz podkapitola 2.3.1. Naopak ukončení hospitalizace znamenalo pro všechny děti důvod ke zlepšení subjektivního prožívání, což se ve výsledcích všech komponent testu subjektivní pohody mládeže BDP projevilo.

2. Jak ovlivňuje délka hospitalizace subjektivní hodnocení hospitalizovaného dítěte?

Výsledky hodnot získané prostřednictvím standardizovaného testu Dotazník subjektivní pohody mládeže BDP (Grob et al., 1995) u dětí KH byly vyrovnané, a u většiny z nich nebyl pokles hodnot v jednotlivých komponentách testu nikterak závažný. Naopak u dětí DH došlo k výraznějšímu poklesu subjektivní prožívané pohody, a to nejvíce u mladších dětí DH – opět podrobně zpracováno v podkapitole 2. 3. 1.

3. Jak ovlivňuje věk hospitalizovaných dětí subjektivní hodnocení hospitalizovaného dítěte?

Mladší děti (dětí 1. stupně ZŠ) celkově hospitalizaci zvládají obtížněji, než děti starší, napříč délkou hospitalizace. Nepoměrně hůř jsou však na tom děti DH. U těch hodnoty všech komponent standardizovaného testu subjektivní pohody mládeže BDP (Grob et al., 1995) klesly na počátku hospitalizace nejvíce ze všech skupin dotázaných hospitalizovaných dětí. Podrobněji viz podkapitola 2. 3. 1.

Pokles subjektivní pohody vlivem hospitalizace na jejím počátku se v den realizace rozhovorů autorky práce s testovanými dětmi již téměř eliminoval, většina dětí se dle svých slov cítila dobře a zlepšení svých pocitů i zdůvodňovaly řadou projektivních faktorů (vstřícnost

nemocnice, laskavý personál, přítomnost školy při nemocnici aj.), které tvoří sociální oporu hospitalizovaných dětí, a na něž jsou zaměřeny další výzkumné otázky.

B) *celkový pocit z hospitalizace ve vztahu k zdravotnickému personálu a vstřícnosti prostředí:*

4. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí jejich postoj a vztah ke zdravotnickému personálu?

Vztah dětí ke zdravotnickému personálu dětí je spoluzodpovědný za to, jak se děti v nemocnici cítí. Děti se v nemocnici po počátečním stresu a adaptaci na nové prostředí cítí dobře, a to vyplývá mj. ze skutečnosti, že z analýzy odpovědí dětí jsme nezaznamenali zvýšený výskyt strachu z lékařského personálu. Jak dokládají odpovědi dětí na ot. č. 2 testu sociální opory, 4 mladší děti KH dokonce k předchozím odpovědím, které zmiňovaly důvod předmětného strachu z bolestivých zákroků či operací a neurčité úzkosti, z toho, co je v nemocnici čeká a z neznámého prostředí, doplňovaly, že lékařů a sester zde se není třeba bát. Ze všech 60 oslovených dětí se lékařů či sester ve FN HK se bojí pouze 5 dětí.

Dalším důkazem toho, že děti vnímají zdravotnický personál kladně, jsou odpovědi dětí na ot. č. 13 – 15 osobnostní ankety zjišťující celkový postoj ke zdravotnickému personálu. 50/60 dětí vyjádřilo postoj kladný, co se týče názoru dětí na to, s čím jsou ve FN HK spokojené, tak většina dětí je tedy ve FN HK spokojena a důležitou sociální oporou z hlediska pracovníků pomáhajících profesí jsou pro ně sestřičky a lékaři -17 dětí je dokonce zmínilo jako důležitou příčinu spokojenosti v konkrétní nemocnici.

5. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí skutečnost, zda během ní zažívají strach předmětný nebo úzkost?

Z analýzy výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že **existuje vztah** mezi tím, jak se děti v nemocnici cítí, a tím, zda se v nemocnici něčeho bojí a jakého druhu je jejich strach - zda se jedná o strach předmětný či úzkost.

Nikdy se v nemocnici ničeho nebálo 30/60 dětí, tj. 50% všech dětí (15 dětí, které jsou v nemocnici poprvé a 15 dětí, které už nějakou předchozí zkušenost s hospitalizací mají) - Dalších 16 dětí (5, které jsou v nemocnici poprvé a 11 těch, kdo už v ní někdy předtím byly), se sice bály na začátku aktuálně probíhající nebo někdy v minulosti, ale nyní, tj. v den realizace rozhovorů, se ničeho nebojí. 46 dětí/60 dotázaných, tj. 76,6% dětí se tedy aktuálně ničeho nebojí, pouze u 14 dětí nějaká forma strachu přetrvává.

Z výsledků lze konstatovat, že se děti v nemocnici cítí dobře, většina se nebojí a pokud se bály či bojí, úzkost zažilo či zažívá minimální počet dětí (9) - bály se na začátku hospitalizace, nevěděly, co je v pro ně dosud neznámém prostředí čeká a zbylých 21 dětí zažilo či zažívá

předmětný strach z operací, injekcí, bolestivých a nepříjemných vyšetření.

6. Jak ovlivňuje vnímání hospitalizace u dětí celková atmosféra na dětském oddělení?

Z analýzy odpovědí dětí se domníváme, že celková atmosféra v konkrétní nemocnici příznivě ovlivňuje to, jak se děti po adaptaci na nemocniční prostředí v nemocnici cítí - že většina dětí v nemocnici zažívá pocity kladné (analýza okruhu ot. č. 1 z testu sociální opory; že se nebojí, a pokud ano, tak zákroků, nikoli osob, které je provádí, a pokud ano, tak pouze v omezené míře (analýza okruhu ot. č. 2 a 3 z testu sociální opory;

Dále tak usuzujeme z výsledků testu sociální opory, ve kterém zazněla otázka, zda si děti přejí, aby s nimi byl v nemocnici někdo stále, nebo jestli jim stačí návštěvy (ot. č. 4 z testu sociální opory) Převažující odpovědi zněly, že stačí návštěvy **38** odpovědí, tj. 63,3 %; **22**, tj. 36,6 % dětí by si přálo, aby s nimi byl někdo blízký po celou dobu hospitalizace. Shodují se tedy preference dětí napříč délkou hospitalizace, přičemž v této preferenci dominují děti mladší.

Jeden z možných důvodů, proč většině dotázaných stačí návštěvy je zřejmě skutečnost, že u dotázaných jsou návštěvy časté, střídají se, takže se děti necítí osamělé. I to svědčí o vstřícném prostředí, které dětem takto časté návštěvy umožňuje.

C) *celkový pocit z hospitalizace ve vztahu k pracovníkům z dalších pomáhajících profesí (vyjma zdravotnického personálu) a tzv. neformální sociální oporou poskytovanou spolupacienty a osobami blízkými (rodina, přátelé atp.)*

7. Jak se podílejí pracovníci pomáhajících profesí (vyjma zdravotnického personálu) na subjektivním hodnocení sociální opory u hospitalizovaných dětí?

Pracovníci dalších pomáhajících profesí (vyjma zdravotnického personálu) se podílejí na zlepšení subjektivního vnímání pohody v rámci hospitalizace tím, že v rámci týmového přístupu zabezpečují pro hospitalizované pacienty komplex služeb ve FN HK. Zabezpečují kontinuitu vzdělávacího procesu prostřednictvím školy při nemocnici, zajišťují smysluplné trávení volného času během dopoledne (v době mezi školním vyučováním a léčebnými zákroky) díky herní specialiste formou her a v odpoledních hodinách v rámci činností s „odpolední vychovatelkou“ – dětmi nazývanou jako „paní učitelka výtvarová“. Napomáhají tak prostřednictvím strukturování dne a jinak tzv. prázdného volného času k zažívání pocitu „normálnosti“ z každodenního běžného denního stereotypu a tedy k dětem blízkému prostředí.

8. Jakou roli hraje ve vnímání emocionální podpory poskytované pracovníky pomáhajících profesí pravidelnost a frekvence jejího poskytování?

Odpověď na tuto otázku jsme našly v analýze odpovědí dětí na otázky osobnostní ankety č. 1 – 10, ve kterých jsme se ptali na frekvenci poskytování péče a podpory u jednotlivých pracovníků (učitelé + vychovatelé, herní specialistka, psycholog. Z analýzy výsledků odpovědí vyplynulo, že pracovníci, se kterými se děti setkávají pravidelně – každý den alespoň jednou denně – jsou pro děti

významnější sociální oporou, než ti, se kterými se děti v průběhu hospitalizace setkávají občas či výjimečně, případně o jejich existenci vůbec neví. Podrobně to dokládá shrnutí frekvence setkávání dětí s těmito pracovníky uvedené v analýze ot. č. 10 osobnostní ankety na s. 162.

9. Jaký je rozdíl v preferenci a intenzitě sociální opory u dětí mladších a starších?

Zdroji možné sociální opory v situaci hospitalizace a její intenzita se věnovala ot. č. 4 v testu sociální opory. Mladší děti mají větší potřebu spolehnutí na rodinné příslušníky a v případě, že jim stačí návštěvy, jejich frekvence a délka návštěv je vyšší než u starších dětí. U starších dětí napříč délkou hospitalizace rodina zůstává hlavním zdrojem sociální opory, ale zároveň ji ve větší míře než u dětí mladších doplňují vrstevníci – kamarádi z domů či spolupacienti. Co se týče nezabezpečení intenzivní sociální opory z řad rodičů u mladších dětí (nemožnost spolehnutí či pravidelných návštěv kvůli rodinné a ekonomické situaci rodin, tyto to nesou nepoměrně hůř, než děti starší a odráží se to ve zvýšené míře anxiózy a změny subjektivního prožívání hospitalizace. Rozdíly bychom dále viděli v poskytování neformální sociální opory od spolupacientů. Všechny děti napříč věkem preferují stejně či podobně staré kamarády pro navázání bližšího přátelství. Kamarádství mladších dětí se staršími je vnímáno jako přínosnější pro mladší děti – ve starším kamarádovi najdou významnou sociální oporu (vezmou-li je starší děti „pod křídla do party“), než pro děti starší. Ty v této oblasti plní spíše roli neformálního poskytovatele než příjemce subjektivně vnímané opory.

D) *vnímání emoční sociální opory očekávané a skutečně poskytované*

10. Jaký je vztah mezi dětmi vyžadovanou a pracovníky pomáhajících profesí nabízenou sociální oporou týkající se konkrétní nabídky pomoci či náplně činnosti?

Dětská očekávání informační opory od konkrétních pracovníků koreluje s iniciátory této opory, a sice že děti se obrací s dotazy a s žádostmi o pomoc k těm pracovníkům pomáhajících profesí, kteří jsou iniciátory nabídky této pomoci. Zároveň s tím se shoduje zaměření žádosti dané oblasti (zdravotní problémy, školní problémy, vyplnění volného času, psychická nepohoda atp.) s oblastí, ve které poskytovatel sociální opory působí a kterou on sám inicioval.

Můžeme uvést příklad, kdy dítě se obrací na zdravotníky, pokud ho něco bolí, a nebojí se na ně obrátit, jelikož se jich nebojí a má k nim kladný vztah. K paní učitelce s žádostí o konzultaci kvůli učivu atp. Pokud herní specialista má v náplni práce široké spektrum činností, např. i vysvětlování léčebných zákroků, ale soustředí se na volnočasové aktivity, dítě se na ni hlavně obrací kvůli vyplnění volného času.

E) *vnímání informační sociální opory očekávané a skutečně poskytované*

11. Jaký je vztah mezi dětmi vyžadovanou a pracovníky pomáhajících profesí nabízenou informační oporou týkající se jejich nemoci a problémů s ní spojených?

Dalo by se očekávat, v souladu se současnou odbornou literaturou, že informace o tom, co děti v nemocnici čeká, poskytuje celá řada odborníků, zejména zdravotnický personál, a že se na tom podílejí i pracovníci dalších pomáhajících profesí, kteří to mají jako součást náplně své práce.

Výsledky výzkumu toto však nepotvrdily, naopak se ukázalo, že iniciátory a poskytovateli, a tedy i těmi, od kterých to děti očekávají a s problémy s nemocí související se na ně obracejí, jsou v drtivé většině případů zdravotní sestry a lékaři.

O přítomnosti psychologa děti ani nevědí, na oddělení se objevuje zřídka, dochází za dětmi, které jsou na tom velmi vážně po fyzické i psychické stránce, se zdravotními problémy je tedy zpravidla ani nenapadne, aby se mu svěřily.

Paní učitelky vzhledem k časové dotaci, kterou mají vymezenou pro přímou pedagogickou činnost s jedním dítětem (cca 20 minut 1x – 2x denně) obtížně zvládají dostát svým pedagogickým povinnostem, na další nadstandardní práci v podobě doplnění práce herní specialistiky nemají čas. Iniciativu v této oblasti zpravidla nevyvíjejí a děti se na ně se zdravotními problémy neobracejí.

Podíl herní specialistiky na vysvětlování, co dětským pacientům je a co se s ním bude na dětské klinice ve FN HK dít – co ho čeká, jaká vyšetření, zákroky atd., je minimální. Pouze 4 děti / 60 uvedly, že se s herní specialistikou setkaly v této souvislosti. Největší podíl jeho náplně práce spočívá dle toho, jak jeho práci vnímají oslovené děti, v doplnění činnosti vychovatelek školní družiny – ve vyplnění volného času, aby jim tento více utíkal.

3.2 Závěry pro praxi

Z výsledků výzkumného šetření a v souladu s deklarovaným cílem vyplynulo, že hospitalizace je pro děti mladšího i staršího školního věku zátěž pro psychiku a odráží se ve změně vybraných psychických funkcí a změně subjektivního prožívání směrem k větší míře anxiозity, nízkému pocitu životní pohody a spokojenosti, většímu výskytu depresivních nálad atp. Dále jsme zaznamenali skutečnost, že zlepšit tento propad subjektivního pozitivního prožívání pomáhají velmi jak osoby blízké – rodiče a kamarádi – jak z domů, tak z řad spolupacientů, tak pracovníci pomáhajících profesí, kteří v nemocnici působí. Naše doporučení se tedy budou týkat okruhu těchto osob z řad profesionálů v oblasti poskytovatelů sociální opory. Problematika rodičů hospitalizovaných dětí je podrobně rozpracována v teoretické části práce. Současná praxe dává v péči o nemocné dítě rodičům zelenou, je téměř samozřejmostí, že rodiče jsou bráni jako partneři, a mají zpravidla dostatek možností, jak napomoci dítěti nelehkou situací, jakou je nutnost hospitalizace, krátkodobé či dlouhodobé, zvládnout. V době internetu, mobilních telefonů, diskuzních stránek na nejružnější témata, mají dostatek informační sociální opory prostřednictvím elektronických médií, takže naše doporučení se omezí na informace uvedené v kap. 1. 2 v teoretické části této práce.

Důležitou oporou rodičů hospitalizovaných dětí a dětí samotných je na řadě dětských oddělení herní specialista. V teoretické části práce jsme v rámci kapitoly 1. 4. 5 uváděli neshody představitelů oboru herní práce na dětských odděleních v ČR ohledně pregraduálního vzdělání herních specialistů – zda je vhodnější zdravotnické, nebo pedagogické.

Pokud jde o to, zda má herní specialista být zdravotník či speciální pedagog, potom jednoznačná odpověď není úplně jednoduchá. Každá profese je pro výkon činnosti herního specialista řadu výhod i nevýhod. Pro zdravotníka mluví fakt, že je znalý v medicínské problematice, že jakousi přirozenou součástí jeho práce je vysvětlit dítěti, co se s ním děje a jak bude probíhat léčba, hospitalizace a případné zákroky a vyšetření. Ostatními zdravotníky je vysoce respektován, neb se jedná tzv. o „jednoho z nich“. Určitý handicap oproti pedagogovi lze spatřit v tom, že není vzdělán a připravován v otázkách znalosti psychologie dítěte, a didaktiky, tolik důležité pro zvolení vhodných metod a forem při vysvětlování podstaty nemoci, zákroků atd. Logicky zní i argument, že herní specialista využívá ve své práci hlavně hru a tato je doménou právě pedagogů. Na druhé straně, pedagogové jsou kováni v otázkách výchovy a vzdělávání a medicínskou problematiku mají jaksi „z druhé ruky“. Podstatu onemocnění či zranění, se kterými děti do nemocnice přicházejí, a způsoby jejich léčby si zpravidla samostudiem dostudovávají a leckdy mohou mít informace ne zcela přesné.

Proto se jako vhodný kompromis mezi herním specialistou – zdravotníkem a herní specialistou – speciálním pedagogem jeví nechat prostor oběma, event. zachovat zmíněné označení, a vytvořit na vyšších odborných školách vzdělání pro zdravotní sestry, kde by byl hlavní prostor věnován

psychologickému, resp. psychoterapeutickému vzdělání a pedagogickým aspektům – základům obecné pedagogiky, didaktice, vybraným otázkám ze speciální pedagogiky atd. Jak již bylo řečeno, pro speciální pedagogy může být jistým handicapem neznalost zdravotnické terminologie a nedostatečná orientace v náplni práce středního zdravotnického personálu. Naopak výhodou je znalost psychologické a speciálně pedagogické problematiky nemocného a zdravotně postiženého dítěte. Nabízí se tedy jako žádoucí propojit rozšiřující studium speciální pedagogiky zaměřené na prohloubení znalostí z oblasti speciálně pedagogické podpory nemocných dětí se studiem na vyšší odborné zdravotnické škole zaměřené na rozšíření znalostí ze zdravotnické problematiky. Takto by nešlo o to vymezit, zda má být herní specialista buď zdravotník, nebo speciální pedagog, ale debata by se směřovala spíše na to, jak pro jedny či druhé vymezit náplň práce na dětských odděleních vzhledem k jejich dosavadnímu vzdělání a odborné praxi včetně okruhů studia pro doplnění kvalifikace.

Tak by se hypoteticky eliminovaly diskuze o tom, zda zaměstnávat herního specialistu nebo zda herní terapii může převzít jako součást své práce pedagog školy při nemocnici nebo specializovaná dětská sestra. V teoretické rovině by dále odpadly úvahy, zda by nebylo marné nahradit školu při nemocnici herním specialistou - každý by měl přesně definované pole působnosti. Je však otázkou, zda by tyto argumenty našly své uplatnění v praxi vzhledem k ekonomickým tlakům ušetřit finance na provoz nemocničních oddělení.

Finanční tlaky na omezení nákladů na provoz zpravidla okresních nemocnic – rušení akutních lůžek na dětských odděleních, rušení celých dětských oddělení či dokonce rušení celých nemocnic, mají dopad nejvíce na existenci škol při těchto nemocnicích. V případě rušení jednotlivých oddělení nebo celých nemocnic je logické, že se zde ruší i tamější školy. Avšak domníváme se, že je nanejvýš žádoucí na těch odděleních, kde dětská oddělení zůstávají zachována, aby zde zůstali jako kmenoví pracovníci i pedagogové. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že děti (hlavně děti dlouhodobě hospitalizované, tj. děti od hospitalizace 14 dní a víc) vnímají existenci školy při nemocnici jako subjektivně vysoce přínosnou – ať už kvůli výukové podpoře – že tolik nezameškají a mají možnost si doplnit učivo, které ve své kmenové škole nepochopily, tak kvůli zabezpečení volného času – v nemocnici jim to více utíká, škola a paní vychovatelky představuje dotek normalnosti v jinak cizím prostředí a přes subjektivní nechuť k učení jako takovému, jim dává pocit jistoty a eliminuje úzkostné stavy, pocitu nudy a neutíkání.

Zabezpečuje-li škola při nemocnici a herní specialisté úkoly jak výchovně-vzdělávací, tak tzv. psychoterapeutické, tj. právě výše zmíněnou prevenci stresu, zoufání, přemítání nad vlastní nemocí, pak by jistě nebylo od věci, kdyby v rámci negraduálního, ale i celoživotního vzdělávání pracovníků těchto profesí byl prostor pro psychoterapeutické minimum, a zde by se mohli na

vzdělávacích aktivitách psychologové uplatnit, ale nejenom zde. Vzhledem k výsledkům našeho průzkumu, kde jsme téměř nezaznamenali osobní zkušenost dotázaných dětí s dětským psychologem, by nebylo na škodu, kdyby psychologové mohli být součástí týmu, který se stará po zdravotní i psychické stránce o hospitalizované děti, mj. jako součást supervize u herních specialistů, kteří se věnují vysvětlování zákroků úzkostným pacientům, pacientům s vážným onemocněním, komunikují s anxiózními rodiči, vyčerpanými spolehospitalizovanými matkami atp.

Resume

Disertační práce se zabývá problematikou vlivu hospitalizace na subjektivní prožívání psychické pohody na děti mladšího a staršího školního věku a dále sociální oporou těchto dětí formální (z řad pracovníků pomáhajících profesí ve FN HK) a neformální (z řad rodičů a spolupacientů hospitalizovaných dětí tamtéž). Popisuje význam sociální opory pro hospitalizované děti a podrobně charakterizuje úlohy poskytovatelů této opory – roli rodičů hospitalizovaných dětí, význam školy při nemoci, roli herního specialisty v České republice i v zemi jejího vzniku – ve Velké Británii. Zabývá se rovněž problematikou volného času hospitalizovaných dětí a psychologickými aspekty nemocného dítěte.

Cílem předkládané práce bylo zkoumání závislostí mezi věkem a délkou hospitalizace dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich subjektivní pohodou.

Dílčím cílem bylo zjistit vnímání hospitalizace u dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové a jejich vnímání sociální opory během ní ve vztahu ke zkušenostem dětí hospitalizovaných ve FDN Hradec Králové s pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří jsou kmenovými pracovníky FDN Hradec Králové. V našem výzkumu jsme za tímto účelem oslovili 60 dětí hospitalizovaných ve FN HK ve věku od 6 do 15 let, z toho 34 chlapců a 26 dívek, z toho celková délka hospitalizace u 30 dětí byla krátkodobá (do 1 týdne, tj. do 7 dní včetně) a u 30 dětí dlouhodobá (14 dní a více, tj. od 14 dnů hospitalizace včetně). Dle věku respondentů se jednalo o 30 dětí mladšího školního věku (1. – 5. třída) a 30 dětí staršího školního věku (6. – 9. třída) napříč délkou hospitalizace, tj. 15 mladších a 15 starších dětí krátkodobě hospitalizovaných a 15 mladších a 15 starších dětí hospitalizovaných dlouhodobě. Ve výzkumném šetření jsme porovnávali vliv hospitalizace na subjektivní prožívání dětí na začátku hospitalizace na začátku a na konci hospitalizace u dětí mladších a starších a u dětí krátkodobě a dlouhodobě hospitalizovaných. V průběhu hospitalizace jsme dále u všech těchto skupin zjišťovali jejich vnímání sociální opory formální i neformální.

Disertační práci jsme standardně rozdělili na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části práce jsme provedli analýzu dosavadních poznatků v oblasti sociální opory hospitalizovaných dětí – z řad rodičů, pedagogických pracovníků působících ve školách při nemocnicích a podrobně jsme se zabývali problematikou profese herního specialisty v České republice a ve Velké Británii. V praktické části práce jsme formulovali problém práce, v návaznosti na něj vědeckou otázku a výzkumné otázky, úkoly a cíle práce a interpretované a okomentované výsledky jsme uvedly v analýze získaných výsledků. Na výzkumné otázky jsme odpověděli v závěrech pro teorii a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi jsme formulovali v závěrech pro praxi.

Výzkum byl proveden na základě empirického postupu použitím kvalitativní výzkumné strategie. Na základě tohoto charakteru práce byl použit standardizovaný test (Dotazník subjektivní pohody BSP – In: GROB et al., 1995), polostandardizovaný test sociální opory (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et. al., 2001) a osobnostní anketa zjišťující zkušenosti dětí hospitalizovaných tamtéž se zdravotnickým personálem a kmenovými pracovníky z řad dalších pomáhajících profesí (pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialistka, psychologové a dal.).

U standardizovaného testu – Dotazník subjektivní pohody BSP byla provedena dvě výzkumná měření tzv. vstupní (na začátku hospitalizace) a výstupní (v den propuštění z nemocnice) formou tužka a papír. Polostandardizovaný test sociální opory a osobnostní anketa byla realizovaná formou rozhovoru v průběhu hospitalizace. Získané výsledky ze standardizovaného testu jsou uvedeny v tabulkách, zobrazeny v grafech a dále interpretovány, analýza výsledků navazujících rozhovorů je interpretována prostřednictvím kódování.

Cíle a úkoly práce byly splněny, na výzkumné otázky jsme odpověděli v závěrech pro teorii. Výzkumné šetření prokázalo vliv hospitalizace (zejména hospitalizace delší než 14 dní včetně) na subjektivní pohodu oslovených dětí, a tento vliv se výrazněji projevil na subjektivní prožívání dětí mladšího školního věku. Prostřednictvím navazujících rozhovorů jsme zjistili, že formální i neformální sociální opora ve FN HK má vliv na zlepšení subjektivního prožívání dětí hospitalizace, a že pro děti má význam opora emocionální a informační (ohledně vlastní nemoci a věcí s ní spojených, ale i opora výchovně vzdělávací) poskytovaná pravidelně a opakovaně, případně i nad rámec vymezených činností pracovníků pomáhajících profesí.

Summary

The dissertation deals with the impact of hospitalization on the subjective experience of psychological well-being of children younger and older school age and social support of children's formal (among workers in the helping professions FN HK) and informal (among parents and children's friends in the hospital *ibid.*). It describes the importance of social support for hospitalized children and describes in detail the role of this support - the role of parents of hospitalized children, the importance of school at the hospital, the role the game specialists in the Czech Republic and the country of its origin - Great Britain. It also deals with issues of free time to hospitalized children and psychological aspects of a sick child.

The aim of this work was to study relationships between age and length of hospitalization of children admitted to children's hospital in Hradec Králové and their subjective well-being. A sub-objective was to determine the perception of hospitalization among children admitted to children's hospital in Hradec Králové and their perception of social support during her experience in relation to children admitted to children's hospital in Hradec Králové, personnel from the helping professions who are ordinary workers of children's hospital in Hradec Králové.

In our research we contacted for this purpose, 60 children hospitalized in Hospital HK aged 6 to 15 years, 34 boys and 26 girls, of which the total length of hospitalization of 30 children have been short term (within 1 week, ie, within 7 days inclusive) and 30 children's long-term (14 days or more, ie from 14 days of hospitalization included). By the age of the respondents were 30 children in primary school (1st-5th grade) and 30 school children (6th - 9th grade) across the length of hospitalization, 15 younger and 15 older children briefly hospitalized and 15 younger and 15 older children hospitalized for long periods. In our research, we compared the effects of hospitalization on the subjective experience of children at the beginning of hospitalization at the beginning and end of hospitalization in children younger and older and children and long-term hospitalized. During hospitalization, we continue with all these groups investigated the perception of social support both formal and informal. Dissertation was normally divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part, we performed an analysis of existing knowledge in the social support of hospitalized children - among parents, teachers working in schools in hospitals and in detail, we examined the issue of professional play specialists in the Czech Republic and Great Britain. In the practical part, we formulated the problem of work in relation to his scientific and research issues, challenges and goals of this work and interpreted, and commented the results we reported in an analysis of the results. The research questions are answered in the conclusions of the theory and recommendations for special education practice are formulated in the conclusion for practice.

The research was based on an empirical procedure using a qualitative research strategy. Based on the work of this nature was used standardized test (BSP questionnaire of subjective well-being -

In: GROB, et al., 1995), semi-structured problem of social support (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ et. al., 2001) and personality poll detecting experiences of children hospitalized at the same place with the medical staff and tribal staff from the other helping professions (teachers at the school at the hospital, play specialist, psychologists and put).

The standardized test - subjective well-being questionnaire BSP was conducted two research measuring the so-called input (at the beginning of hospitalization) and output (the day of discharge from hospital) in the form of pencil and paper. Semi problem of social support and personality poll was conducted by interview during hospitalization. The results obtained from standardized tests are given in the tables shown in the charts and further interpreted, the analysis results of follow-up interviews were interpreted through coding. Interviews were interpreted through coding.

Objectives and tasks of the work have been met, the research questions are answered in the conclusions of the theory. The survey showed the impact of hospitalization (especially hospitalization longer than 14 days inclusive) for subjective well-being of children interviewed, and this influence is strongly reflected in the subjective experience of school age children. Through subsequent interviews, we found that both formal and informal social support in the children's hospital Hradec Králové has an impact on the improvement of the subjective experience of hospitalization of children and the importance for children's emotional support and information (about their own illness and things associated with it, as well as educational support) provided regulary and repeatedly, if necesery, blond the activities provided by the staff.

Literatura

1. BALÚNOVÁ, A. *Jeden deň vyučovania na ortopedickom oddelení*. In: Efeta – otvor sa. Roč. 13, č. 3. 2003. s. 9 – 10.
2. BÁRTÍKOVÁ, E. *Když jdou děti operovat*. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z [www: http://www.specskolytrebic.cz/napsali2003.htm#Když%20jdou%20děti%20operovat](http://www.specskolytrebic.cz/napsali2003.htm#Když%20jdou%20děti%20operovat). 2003
3. BANDURA, A. *Perseveid self-agency in the exercise of personal agency*. The Psychologist. Vol. 20., 1988, No. 2. S. 411-424.
4. BECKER, P. *Psychologie der seelischen Gesundheit*. 1982. In: Band. Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen: Hogrefe. 1982.
5. BECKER, P. Theoretische Grundlagen. In: Abele, A., Becker, P. ed.; 1991. *Wohlbefinden*. Weinheim: Juventa. p. 13-49
6. BELSON, P. *Children in hospital*. In: Časopis Childern and Society. č. 2., roč. 7, 1993. s. 196 – 210.
7. BENDO VÁ, P. *Učitelky - „léčitelky“*. In: Rodina a škola. Roč. 50, č. 2. 2003, s. 11.
8. BEZDĚKOVÁ, M. *Děti se mají v nemocnicích lépe, stres však zůstává*. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z [www: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html](http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html)
9. BIRLEY, M. H. *The health impact assessment of development projects*. Liverpool, HMSO, 1995.
10. BIRLEY, M., H. "A review of trends in health impact assessment and the nature of the evidence used." *Journal of Environmental Management and Health*. 13,1, 21-39. 2002.
11. BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika aneb prožitky z pohybu*. Brno: CDVU MU, 1995.
12. BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorické hry*. Brno: PdF MU, 2005. ISBN 80-210-3627-3. 2005a
13. BLAHUTKOVÁ, M. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-108-1. 2005b
14. BLAHUTKOVÁ, M. *Zdraví a osobní pohoda: Některé nové přístupy a metody posuzování*. In: ŘEHULKA, E. *School and Health 21. Contemporary Discourse an School and Health Investigation*. Brno: MSD, 2008. 987-80-7392-041-8
15. BLAHUTKOVÁ, M., CHARVÁT, M. *Stress in School*. In: ŘEHULKA, E. *School and Health 21. Topical Issues in Health Education*. Brno: MSD, 2009. 987-80-7392-041-8

16. BLAHUTKOVÁ, M., DLOUHÁ, J. *A meaning of game specialist work with a kinesiology therapeutics specialization by oncology sick children*. S. 49-55. In: ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. et al. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness*. S. 56-71. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80- 7392-073-9
17. ČÍŽKOVÁ, V. *Celodenní výchovný režim školy při nemocnici*. Otázky defektologie. Roč. 21, č. 10, 1978-79. S. 464 – 467.
18. ČOBEJOVÁ, A. *Materská škola při nemocnici*. In: *Předškolná výchova*. Roč. 45, č. 1. 1990-91. S. 24
19. DIENER, L. E., LARSEN, R. J. *The experience of emotional well-being*. 1984. In: Lewis, N., Haviland, J. M. eds. *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press. p. 405-416. 1984.
20. DLOUHÁ, J. *O jedné možnosti psychické podpory nemocného dítěte*. Speciální pedagogika, 1/2006, s. 24 – 31. ISSN 1211 – 2720
21. DLOUHÁ, J. *Vyučovací proces v ZŠ při nemocnicích*. Speciální pedagogika, 3/2008, s. 197 - 217 ISSN 1211 – 2720
22. DLOUHÁ, J., BLAHUTKOVÁ, M. *An influence of educational process in hospital primary schools on sick children's quality of life*. In: ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. et al. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness*. S. 56-71. Brno:MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9 2008 a
23. DLOUHÁ, J., BLAHUTKOVÁ, M. *Leisure time of children in hospital and quality of life*. In: ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. et al. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness*. S. 72-77. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9. 2008 b
24. DLOUHÝ, M. *Vliv speciálního intervenčního programu na rozvoj výkonové motivace a pozornosti u mládeže se sluchovým postižením*. Brno: FSpS. Disertační práce. 2009.
25. DUŠKOVÁ, M. *Děti potřebují rodiče i v nemocnici*. In: *Děti a my*. Roč. 35, č. 4, 2005. s. 24 – 25.
26. FEŘTKOVÁ, J., In: ŠVANCAR. R. *Zvědavost není na místě. Nemocniční škola po 40 letech*. In: *Učitel'ské noviny*. Roč. 97, č. 46, 1994. s. 10 – 11.
27. FIALOVÁ, J., PŘECECHTĚLOVÁ, A. *I v nemocnici chodí děti do školy*. In: *Děti a my*. Roč. 32, č. 1. 2002. S. 19

28. GROB et. al. *Subjective well-being and significant life-events across the life span*. In: *Weiss Journal of Psychology*. roč. 54. č. 1. s. 23 – 28.
29. GUTVIRTH, J. et al. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: St. ped. nakl., 1984. 374 s.
30. HAJNÁ, Z. *Arteterapie s mládeží s mentální retardací*. Brno: Paido, 1999. diplomová práce.
31. HERCHLOVÁ, O. *Choré dieťa na infekčnom oddelení*. In: *Efeta – otvor sa*. Roč. 6, č. 2. 1996. S. 17
32. HIBLBAUER, J. *Specifičnost práce učitelů na školách při zdravotnických zařízeních*. *Otázky defektologie*. Roč. 6, č. 7, 1963-64. S. 198 – 200.
33. CHVÁTALOVÁ, H. *Svět očima dítěte*. [online] publikováno 28.9. 1999 [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.rodina.cz/clanek334.htm>
34. JAVŮRKOVÁ, A. *Jak děti prožívají nemoc*. *Děti a my*, 3/2001. s. 8 – 9.
35. JOLLY, J., D. *Through a child's eyes the problems of communicating with sick children*. *Nursing No 23. Medical Education (International) Ltd.* 1981. s. 1012 – 1014.
36. KADLEČÍK, R. *Aplíacia muzikoterapie u hospitalizovaných dětí*. In: *Efeta*. Roč. 2, č. 4, 1992. S. 25
37. KALEDOVÁ, M. *Samostatná práce žáků ve škole při zdravotnickém zařízení*. *Otázky defektologie*. Roč. 28, č. 2, 1985 - 86. S. 54 – 56.
38. KASTELOVÁ, L. *Myslíte, že je to málo?* In: *Predškolská výchova*. Roč. 46, č. 9. 1991 – 1992. s. 28 – 30.
39. KISELOVÁ, D. *Prvák v základnej škole pri nemocnici*. In: *Efeta – otvor sa*. Roč. 6, č. 1. 1996, s. 17
40. KNOL, N., COURLANDER, H. *European Hospital Education. Where and How? A Survey of Hospital Education in Europe*. In: COURLANDER, H. (ed.) *Developments in European Hospital Education*. Amsterdam: Zienhuisschool, 1993.
41. KOCOURKOVÁ, A. *Využití canisterapie, hipoterapie a dalších alternativních terapií u vybraných skupin osob s postižením*. Brno: Paido, 1999. diplomová práce.

42. KOETTING O'BYRNE, K. et al. *Survey of Pediatric Hospital's Preparation Programs: Evidence of the Impact of Health Psychology Research*. In: Časopis Health Psychology. č. 2., roč. 16, 1997. s. 147 – 154.
43. kol. autorů. *Nový přístup v péči o děti v nemocnici. Projekt DAR (Děti a rodiče v nemocnici)*. 1997 /editor neuveden – interní materiály projektu DAR/.
44. kol. autorů. *Jak zlepšit vzdělávání dlouhodobě nemocných dětí*. In: Rodina a škola. roč. 53, č. 9, 2006, s. 14.
45. KOLLÁROVÁ, E. *Choré dieta a škola*. In: Efeta – otvor sa. Roč. 6., č. 1, 1995, s. 2 – 3.
46. KOLLÁROVÁ, E. *Inkluzivní edukace nemocných a zdravotně oslabených žáků*. In: LECHTA, V. (ed.) *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
47. KOUTECKÝ, J. *Péče o dítě s nádory mozku a míchy*. In: LEHOVSKÝ, M. *Pečujeme o nervově nemocné dítě*. Praha: Avicenum, 1988, s. 191.
48. KRÁLOVEC, J., KRÁLOVCOVÁ, M. *Nové role v péči o hospitalizované děti*. Předneseno na celostátní konferenci „Zdravotnické školství na počátku nového tisíciletí“, Plzeň, 1. – 2. 10. 2001.[online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z [www: http://www.klicek.org/hospital/role.html](http://www.klicek.org/hospital/role.html)
49. KRÁLOVEC, J., In: NEDOROSTOVÁ, V. *Herní specialisté*. In: *Zdravotnické noviny*. [online] publikováno 8.12.2008. [cit. 14.4.2011].
Dostupné z [www: http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401](http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401).
50. KRÁLOVEC, J., In: ŠVANCAR, R. *Boj o herního specialistu*. In: *Učitelské noviny*. Roč. 108, č. 25/ 2005. ISSN 0139-571
51. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0 a
52. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální opora učitele a žáka*. In: *Učitelé a zdraví* 4. Brno 2002, s. 7 – 14. b
53. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: nakl. Grada Publishing, 2004.
54. KUBAČKOVÁ, M. *Zkušenosti s navázáním spolupráce rodiny a školy*. In: *Moderní vyučování*. Roč. 10, č. 2, 2004. s. 11 – 12.

55. KUYKENDALL, J. *Adolescents in hospital*. In: NAHPS Let's play in hospital. 1982.
56. LEWONTIN, R. C. et al. *Not in our genes*. New York: Random House. 1984
57. LINHARTOVÁ, V. *Dívej, jak se šimpanz směje*. Povídky z onkologické kliniky. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2007. ISBN 978-80-7204-513-6.
58. MAREŠ, J. *Terapie hrou*. In: MAREŠ, J., a kol. *Dítě a bolest*. Grada Publishing. 1997 ISBN 80-7169-267-0
59. MAREŠ, J. *Sociální opora*. Učitelé a zdraví 3. Brno 2001, s. 87 – 93.
60. MAREŠ, J., ZDĚNKOVÁ, H. *Od školy hrou k nemocnici hrou*. In: *Psychologie dnes*. ISSN 1211 -5886. Roč. 7, č. 4. 2001, s. 26 – 28.
61. MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In. MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4 s. 192
62. MATĚJČEK, Z. *Na cestu do nemocnice*. Ústav zdravotní výchovy. Praha: 1978.
63. MATĚJČEK, Z. *Malá domácí zvířata a děti*. Forum medicinae, 1999, č.2.
64. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
65. MATĚJKOVÁ, M., In: ŠVANCAR, R. *Budou se rušit školy při nemocnicích?* In: *Učitelské noviny* č. 29/2005. [online] [cit.14.4.2011]. Dostupné z www:
http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm
66. MATOUŠKOVÁ, E. *Termín herní terapie a náplň práce terapeuta*. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: http://specskolytrebic.cz/herni_ter/koncepce_ht.html
67. MATOUŠKOVÁ, E., In. HAVLOVÁ, H. *Herní terapie aneb každé dítě v nemocnici si zaslouží svého anděla*. *Osobní lékař*, 12/2003. [online] [cit.14.4.2011]. dostupné z www: <http://www.specskolytrebic.cz/napsali2003.htm#Když%20jdou%20dět%20operovat>
68. MATOUŠKOVÁ, E., In: ŠVANCAR, R. *Boj o herního specialistu*. In: *Učitelské noviny*. Roč. 108, č. 25/ 2005. ISSN 0139-571
69. MATOUŠKOVÁ, E., In. ŠVANCAR, R. *Budou se rušit školy při nemocnicích? Pro a proti z názorů krajů*. *Učitelské noviny* č. 29/2005. [online] [cit.14.4.2011]. Dostupné z www: http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm

70. McGEE, H. M. et al. *Assessing the duality of life oh the individual: The SEIQOoL with a healthy and gatroenterology unit population*. In: Psychologicla Medizine. n. 21. p. 749 – 759. 1991
71. McGRATH, P., J., UNRUTH, 1993, In: MAREŠ, J., In: MAREŠ et al. *Dítě a bolest*. Grada Publishing. 1997 ISBN 80-7169-267-0
72. McGOWAN, S. *Music for the bendit of Play Specialists*. In: The Journal of NAHPS. Spring 1992. S. 7
73. MICHALČÁKOVÁ, R., KVĚTOŇ, P. *Proč tu mám být sám?* In: Psychologie dnes. Roč. 7, č. 5, 2001. s. 20 – 21
74. MICHALIČKOVÁ, J. *Problémy výchovy a vyučovania detí v liečebných zariadeniach z aspektu pediatrického*. Otázky defektologie. Roč. 4, č. 4, 1961-62. S. 99 – 101.
75. MILLIKAN, R. G. *Language, thought, and other biological categories*. Cambridge: MIR Press. 1984
76. MICHELLE L., et al. *"Integrating Across the Psychology Curriculum: A Content Review Approach."* Journal of Psychology and Theology No. 23. s. 277-88. 1995.
77. MLČOCH, Z. *Dítě v nemocnici - psychika, úkol a role rodičů, co si vzít s sebou*. [online] publikováno 12.11. 2008. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z [www: http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/dite_v_nemocnici_psychika_ukol_a_role_rodicu_co_si_vzit_s_sebou.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/dite_v_nemocnici_psychika_ukol_a_role_rodicu_co_si_vzit_s_sebou.html)
78. MOESSON, G. *The role of play co-ordinator in a general hospital and in a children's hospital. Sumary of research undertaken as part of Georgia's studies on the Hospital Play Specialist Course*. The Journal of the National Association of Hospital Play Staff. Autumn, 1993. s. 16.
79. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice. Teorie a metodika*. UPOL, 2005. ISBN 80-244-1075-3
80. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
81. NEDOROSTOVÁ, B. *Herní specialisté*. In: Zdravotnické noviny. [online] publikováno 8.12.2008. [cit. 14.4.2011].
Dostupné z [www: http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401](http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401)
82. NEJEDLÁ, K., UKLEINOVÁ, P. *Herní terapie pro předškoláky*. S. 17 – 18. UN, 15/2004.
83. NĚMEC, J. et al. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-012-3.

84. NĚMEC, V. *Nemocné dítě a jeho rodiče v nemocnici*. [online] publikováno 25.7.2002. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.rodina.cz/clanek2608.htm>
85. NĚMEC, V., In: ŠVANCAR, R. *Boj o herního specialistu*. In: UN, Roč. 108, č. 25/ 2005. ISSN 0139-571
86. NÉMETHOVÁ, M. *Ličebný pedagog na detském oddelení nemocnice*. In: Ličebná pedagogika 1. 1995. S. 75 – 80
87. O'BOYLE, C. A. et al. *Individuality of life in patients underlying hip replease-ment*. In: *Lancet*. n. 339. p. 1088 – 1091. 1992
88. ONDRÁČKOVÁ, P. In: DUŠKOVÁ, M. *Děti potřebují rodiče i v nemocnici*. In: Děti a my. Roč. 35, č. 4, 2005. s. 24 – 25.
89. ONDRÁČKOVÁ, P., In: ŠVANCAR, R. *Budou se rušit školy při nemocnicích? Pro a proti z názorů krajů*. Učitel'ské noviny č. 29/2005. [online] [cit.14.4.2011]. Dostupné z www: http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm
90. OPASCHOWSKI, W. *Freizeit*. Hamburg: CDV, 2001. ISBN: 3-924865-35-3
91. PATTERSON, M. *In praise of messy play*. The Journal of the national Association of Hospital Play Staff. Spring Summer, 1994.
92. PÁVKOVÁ et al. *Pedagogika volného času. Teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-423-6.
93. *Play Preparation Guidelines*. 1994, In: MAREŠ, J., ZDĚNKOVÁ, H. *Od školy hrou k nemocnici hrou*. Psychologie dnes. Roč. 7, č. 4. 2001, s. 26 - 28 ISSN 1211-5886
94. *Play preparation guidelines*: In: The Journal of the National Association of Hospital Play Staff, Spring Summer, 1994.
95. PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-210-1551-9
96. POHUNEK, P. *Pojďte, pane (doktore), budeme si hrát!* In: Příloha ZdN, 21. prosince 1994.
97. PONTIOUS, S., L. *Practical Piaget: Helping Children Understand*. American Journal of Nursing. January, 1982, s. 115 -117.
98. PROKEŠOVÁ, A, ŽÁČKOVÁ, L. *Pedagog v nemocniční škole*. In: Učitel'ské noviny. Roč. 108, č. 34, 2005. S. 17

99. PRŮCHOVÁ, V., In: RYŠAVÝ, I. *Škola, v níž nikdy nezvoní*. In: Hospodářské noviny. Roč. 42, č. 249 (23. 12. 1998) Příloha HN na víkend. s. 2
100. *Připomínky k setkání herních pracovníků*, 6.dubna 1998.
101. RADOUŠKOVÁ, A., VANÍČKOVÁ, E. *Charta práv hospitalizovaných dětí*. In: Česká a slovenská hygiena. ISSN 1214-6722. Roč. 2, č. 2, 2005. s. 39 – 43.
102. REYKOWSKI, J. *Funkcjonowanie osobowosci w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: PWN, 1976.
103. RICHARDS, N. *Play for emotionally disturbed children*. In: The Journal of NAHPS, Spring 1991, s. 18.
104. ROMOVÁ, L., In: NEDOROSTOVÁ, B. *Herní specialisté*. In: Zdravotnické noviny. [online] publikováno dne 8.12.2008 [cit.14.4.2011]. 2003.

Dostupné z www: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401>
105. ROYCE, J., R., POWEL, A. *Theory of personality and individual differences: Factors, systems, and processes*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, N.J. 1983. ISBN 0139144730
106. ŘEZNÍČKOVÁ, A. *Herní specialista*. In: Sborník příspěvků z konference somatopedické společnosti. Praha, 1998
107. ŘEZNÍČKOVÁ, A. *Herní specialista na dětském oddělení*. In: Sestra. Roč. 10, č. 1, 2000. s. 11 – 12
108. ŘEZNÍČKOVÁ, A. *Herní specialista aneb o čem se nemluví*. In: Zdravotnické noviny. Roč. 50, č. 32, 2001, s. 21
109. ŘEZNÍČKOVÁ, A., In: CHVÁTALOVÁ, H. *Svět očima dítěte*. [online] publikováno 28.9. 1999 [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.rodina.cz/clanek334.htm>
110. ŘEZNÍČKOVÁ, A., In: NEDOROSTOVÁ, B. *Herní specialisté*. In: Zdravotnické noviny. [online] publikováno 8.12. 2008. [cit. 14.4.2011].

Dostupné z www: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=394401>,
111. ŘEZNÍČKOVÁ, A., In: ŠVANCAR, R. *Boj o herního specialistu*. In: Učitelské noviny. Roč. 108, č. 25/ 2005. ISSN 0139-571

112. ŘEZNÍČKOVÁ, A. *Přehled kompetencí a činností herního specialisty na dětských odděleních v České republice*. In: VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc, 2003
113. SASÍN, J. *Specifičnost realizace nové koncepce výchovné péče na neurologickém oddělení dětské nemocnice*. Otázky defektologie. Roč. 8, č. 9, 1965-66. S. 327 – 333.
114. SASÍN, J. *Pokroky v somatopedii*. Otázky defektologie. Roč. 13, č. 2, 1970-71. S. 65 – 77.
115. SCOTT-SAMUEL, A. *Health impact assessment – theory into practice* *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998. 52 704-7051998
116. SELYE, H. *Self-regulation: The response to stress*. 1979. In: GODWAG, E. M. *Inner Balance. The power of holistic healing*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1979
117. SEREGHYOVÁ, L., LOS, J. *Dítě v nemocnici a hračka*. In: Hračka. České Budějovice. Roč. 30, č. 2, 1995. S. 6 – 7105.
118. SCHWARZER, LEPPIN. *Social support and health: A theoretical and empirical overview*. *J. Social Personal Relationship* 8,1991, 99-1 27. In: ŠOTOLOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie 1999 / ročník XLIII / číslo 1
119. SPEARMAN, C. *"General intelligence," objectively determined and measured*. *American Journal of Psychology*, 15, 1904. S. 201-293.
120. SPEARMAN, C. *"Theory Of Two Factors"*. *Psych. Rev.* 21, 1914. s. 217-239.
121. STAŇKOVÁ, S. *Funkce, principy a příprava terapeutické hry*. Přeloženo ze společného projektu Assaf HaRofeh School of Nursing of the Hebrew University, Jerusalem a The Pedagogical Center for Education, Tel Aviv a Místního zastupitelství Jaffy. In: Sestra, 4/1999.
122. STARK, O. *Vzdělání nemocničního herního specialisty. (Stručný návrh založený na informacích získaných od Peg Belson)*. Londýn, June 3, 1997
123. STÁRKOVÁ, A., In: KUKAL, P. *Když dítě přestane plakat*. In: Moderní vyučování. 5/1999. S. 24
124. ŠTĚNÍČKOVÁ, J. *Současné trendy speciální mateřské školy při nemocnici*. In: Předškolná výchova. Roč. 54, č. 5, 1999 – 2000. S. 39 – 40
125. ŠVANCAR, R. *Boj o herního specialistu*. In: Učitelské noviny. Roč. 108, č. 25/ 2005. ISSN 0139-571
126. ŠVANCAR, R. *Budou se rušit školy při nemocnicích? Pro a proti z názorů krajů*. Učitelské noviny č. 29/2005. [online] [cit.14.4.2011]. Dostupné z [www](http://www.ucele.cz):

http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=29&rok=05&odkaz=budou.htm

127. TLÁSKAL, P., In: BEZDĚKOVÁ, M. *Děti se mají v nemocnicích lépe, stres však zůstává*. [online] [cit.14.4.2011]. Dostupné z www: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/deti-se-maji-v-nemocnicich-lepe-sres-vsak-zustava_17392.html
128. TOMÁŠOVÁ, A. *Nové přístupy k vyučovaciemu procesu v ZŠ při OLÚ detskej Tbc a respiračných chorób*. In: Efeta – otvor sa. Roč. 5, č. 4, 1995. S. 10 – 11.
129. VALENTA, M. *Studium herní specialista – dramaterapeut pro zdravotní sestry*. In: Sestra 7 / 1999. S. 31
130. VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0763-9
131. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
132. VÍTKOVÁ, M. *Význam, úkoly a organizace školy při zdravotnických zařízeních*. In: PIPEKOVÁ /ed./ *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
133. VÍTKOVÁ, M. *Specifika realizace inkluzivní edukace v České Republice*. In: LECHTA, V. (ed.) *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
134. VÍTKOVÁ, M. *Aspekty současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice na základě legislativních podmínek a empirického šetření na základních školách*. s. 90. In: VÍTKOVÁ, M., HAVEL, J. *Inkluzivní vzdělávání v primární škole*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-199-7
135. VODOVÁ, A. *K dětské nemocnici patří herní specialista*. Děti a my. Roč. 27, č. 6, 1997, s. 24.
136. VODOVÁ, KUNSTMÜLLEROVÁ. *Poslání speciálních škol při nemocnicích*. 1994, In: VODOVÁ, A., MAREŠ, J. *Učitelky a vychovatelky speciální školy při nemocnici jako zdroj sociální opory pro hospitalizované dítě*. In: MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4
137. VODOVÁ, A., MAREŠ, J. *Učitelky a vychovatelky speciální školy při nemocnici jako zdroj sociální opory pro hospitalizované dítě*. In: MAREŠ, J. et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4
138. VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, s. 25. ISBN 80-91773-4-4
139. WALKER, J. *About The Journal of NAHPS*. In: The Journal of NAHPS, Spring 1991, s. 5
140. WALKER, J. *Support for play specialist*. The Journal of NAHPS. Spring Summer 1994.
141. ZDĚNKOVÁ, H. *Herní specialista ve Velké Británii*. In: Ošetřovatelství. Roč. 3, č. 1/2,

2001. S. 51 – 53.

142. ŽAŠKOVSKÁ, J. *Pedagogické riadenie, proces a podmienky výchovy a vzdelávania v základnej škole pri zdravotníckych zariadeniach v školskom roku 2005 / 2006*. In: Efeta – otvor sa. Roč. 16, č. 4. 2006. S. 8 – 10.

Internetové zdroje:

1. Animals & Society institute. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.psyeta.org/hia/vo18/nebbe.html>
2. Definitions of terms – AAA / AAT. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.animaltherapy.net/Definitions.html>
3. Děti v nemocnici. [online] publikováno 6. 3. 2002. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: www.rodina.cz/clanek2401.htm
4. Děti v nemocnici. Publikováno pod záštitou nadačního fondu Klíček. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: www.klicek.org/hospital/index.html
5. Dětská klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=42&id=551>
6. Fakultní nemocnice Hradec Králové. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=14>
7. Herní práce. Publikováno pod záštitou nadačního fondu Klíček. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: www.klicek.org/playwork/index.html
8. Historie Základní a mateřské školy při Fakultní nemocnici Hradec Králové. [online] [cit. 14.9.2010]. Dostupné z www: <http://skola.fnhk.cz/www/historie.php>
9. Informace o Masarykově městské nemocnici v Jilemnici, o dětském oddělení - z dotazníku z Průzkumu dětských nemocnic. Vyplněno dne 14.11.2007. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: http://www.detivnemocnici.cz/seznam/1/l_d03.html
10. Krajská nemocnice Pardubice – informace o dětském oddělení. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: http://www.nem.pce.cz/NemPce_odd_det_hra.htm
11. Odborná charakteristika, klinik, ústavů, samostatných oddělení a mezioborových center Fakultní nemocnice Hradec Králové. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=70>
12. Průzkum dětských nemocnic. [online] publikováno 29. října 2007. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: www.detivnemocnici.cz
13. Průzkum dětských oddělení a dětských nemocnic ČR. Korekturní verze. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.detivnemocnici.cz/republika.html>

14. Seznam základních škol při nemocnici v jednotlivých krajích ČR. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.ped.muni.cz/wsedu/index.php?p=op-somatopedie-zdravotnicka-zarizeni&sid=f6db5e5124f7b180a123758b03eee663>
15. Speciální MŠ Šikulka při nemocnici s poliklinikou, Česká Lípa. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://ms-sikulka.cz/?chapter=specms>
16. Základní a mateřská škola při Fakultní dětské nemocnici Hradec Králové. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://skola.fnhk.cz/www/zakladni.php>
17. Základní a mateřská škola při Thomayerově nemocnici. [online] [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: [www: www.skolaftn.cz/zakladni_skola.html](http://www.skolaftn.cz/zakladni_skola.html)

Legislativa

1. Zákon č. 49, kterým se mění zákon č. 561/04 Sb o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online] publikováno 2. 3. 2009. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>
2. Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů 101/2000 Sb. [online] publikováno 25.4.2000. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.zakony.nawebu.cz/>
3. Zákon o rodině. Úplné znění zákona č. 94/1964. Znění účinné od data 1.9.2008. [online] [cit. 01.5.2011]. Dostupné z www: <http://zakony.kurzy.cz/94-1963-zakon-o-rodine/>
4. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online] [cit. 01.5.2011]. Dostupné z www: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzpj/>
5. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 62/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online] publikováno 3. 9. 2008. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-kterou-se-meni-vyhlaska-c-62-2007-sb-kterou-se-meni>
6. Vyhláška č. 492/2005 Sb., o krajských normativních. [online] publikováno 28. 02. 2008. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-47-2008-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-492-2005-sb-o-krajskych-normativnich>
7. Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. [online] publikováno 19.01.2005. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-48-2005-sb->
8. Vyhláška č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři. [online]

publikováno 14.12.2006. [cit. 14.4.2011].

Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vzdelavani-v-konzervatori>

9. Sdělení MŠMT k činnosti speciálních škol a speciálních školských zařízení při zdravotnických zařízeních (č.j. 23 037/2003-24). [online] publikováno 10. 10. 2003. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/Files/DOC/10-2003.doc>
10. Informace k postupu při zařazování žáků do škol při zdravotnických zařízeních. [online] publikováno 13. 10. 2003. [cit. 14.4.2011]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/informace-k-postupu-pri-zarazovani-zaku-do-skol->

Seznam příloh:

Příloha č. 1:	Dotazník sebehodnocení (Grob et al., 1995)	199
Příloha č. 2:	Test sociální opory (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ, et. al., 2001, s. 192)	202
Příloha č. 3:	Osobnostní anketa	203

Příloha č. 1

Dotazník sebehodnocení (Grob et al., 1995)

Instrukce:

Vážení přátelé, předkládáme Vám následující dotazník s prosbou o jeho úplné a pravdivé vyplnění. Nejsou zde správné a špatné odpovědi; chceme znát Vaše osobní stanovisko k níže uvedeným výroky. U každého výroku je vždy číselná tabulka (1 - 6, nebo 1 - 4) ohraničená výroky. Prosíme, zamyslete se nad každým výrokem a zakroužkujte příslušnou číslici tak, jak odpovídá vašemu názoru.

POPŽ

1. Moje budoucnost vypadá dobře

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

2. Užívám si života více, než většina lidí

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

3. Dokážu se dobře vypořádat s realizací svých životních plánů

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

4. Cokoliv se stane, vždycky si z toho vezmu to lepší

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

5. Mám rád život

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

6. Můj život pro mě má smysl

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

2. PRBL

Měl(a) jste v posledních několika týdnech starosti :

1... .kvůli lidem, se kterými máte problémy ?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

2....kvůli vztahům se svými přáteli ?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

3...kvůli práci?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

4.... kvůli svému zdraví?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

5...kvůli stárnutí?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

6....kvůli vašemu partnerovi (partnerce)?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

7....kvůli finančním problémům?

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

3. SOMP

vůbec ne=1; někdy=2; často=3; velmi často =4.

Stalo se vám v posledních několika týdnech, že :

1....jste měl bolesti břicha (žaludku)?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

2....jste trpěl tlukotem či bolestí srdce?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

3....jste byl nemocný a nemohl pokračovat v práci?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

4.....jste trpěl nechutenstvím?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

5...jste měl závratě?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

6.....jste nemohl usnout?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

7....jste byl neobvykle unavený?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

8.....jste měl velké bolesti hlavy?

vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

4. SEBÚ

1. Jsem schopen dělat věci stejně dobře jako *většina lidí*

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

2. Cítím se stejně hodnotný jako ostatní

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

3. Mám k sobě pozitivní postoj

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

5. DEPN

1. Nechce se mi nic dělat

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

2. Ztratil jsem zájem o ostatní lidi a nezabývám se jimi

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

3. Už mně nic nezajímá

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

4. Myslím si, že můj život je nezajímavý

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 *silně souhlasím*

6. RADŽ

Stalo se vám v posledních několika týdnech, že

1...jste byl potěšen, protože se vám podařilo něčeho dosáhnout?

Vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

2...jste byl potěšen, protože vás ostatní měli rádi?

Vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

3...jste se cítil úplně šťastný?

Vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

4...jste cítil, že věci se všeobecně vyvíjejí podle vašich přání?

Vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

5...jste měl šanci vložit se do věci a zabránit nějaké hádce?

Vůbec ne 1 2 3 4 *velmi často*

Příloha č. 2

Test sociální opory (MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ, et. al., 2001, s. 192)

Výzkumný tým položil důraz na kvalitativní přístup. Základem byl polostandardizovaný rozhovor s dětmi a dospívajícími. Byl veden v klidném prostředí, bez rušivých vlivů okolí. Se souhlasem dětí a dospívajících byl rozhovor nahráván na kazetový magnetofon, aby se výzkumný tým mohl k výrokům vracet a případné autentické formulace pacientů dál zpracovávat. Základ rozhovoru tvořilo 12 otázek, jejichž znění připravili MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ a ověřili v předvýzkumu.

Šlo o tyto otázky:

1. Jak dlouho jsi v nemocnici? Jak dlouho tu ještě budeš? Jak se tady cítíš?
2. Kdy ses v nemocnici bál/a? Bojíš se být tady? Bojíš se lékaře nebo sestřičky?
3. Čeho se tady nejvíc bojíš? Co myslíš, ostatní děti se tady taky bojí a čeho?
4. Chtěl / chtěla bys, aby tady s tebou byl někdo pořád nebo jenom na chvíli, na návštěvu?
5. Máš doma nějaké zvířátko? Co myslíš, že asi teď dělá? Chybí ti tu?
6. Když tě něco bolí, řekneš o tom někomu?
7. Když ti je nejhůř, koho chceš u sebe mít? A když ten nejdůležitější nemůže, kdo by to mohl být?
8. Co ti pomáhá, když je ti špatně – mimo svět lidí?
9. Povíš sestřičce nebo lékaři, když je ti špatně?
10. Našel sis tady kamaráda? Povídáte si spolu? Hrajete si spolu?
11. Řekneš někomu, když je ti špatně? Co ti na to řekl? Pomohl ti?
12. Kdybys byl poradcem, co bys poradil svému kamarádovi, kdyby šel do nemocnice?

(MAREŠ, RYBÁŘOVÁ, PEČENKOVÁ, In: MAREŠ, et. al., 2001, s. 192)

Příloha č. 3

Osobnostní anketa

Úvodní instrukce:

Ahoj, poprosím Tě, abys mi odpověděl/a na následující otázky zaměřené na zjištění zkušeností dětí s hospitalizací – jejich zážitky z nemocnice, zkušenosti s pracovníky, kteří jim pomáhají překlenout dobu jejich pobytu v nemocnici – zdravotními sestrami, paními učitelkami, herními specialisty a psychology. Budu moc ráda, když mi pravdivě odpovíš, zjistíme, jak děti vnímají pomoc uvedených lidí a díky výsledkům těchto zjištění můžeme pomoci zlepšit kvalitu podpory nemocných dětí během jejich pobytu v nemocnici. Děkuji Ti za tvůj čas a přeji Tobě i Tvým kamarádům brzké uzdravení.
Jana Dlouhá.

.....

Před vlastními otázkami tě poprosím o pár údajů o Tobě:

Datum vyplnění:

Jméno (stačí křestní):..... **Třída:**

Rodina:

maminka i tatínek bydlí se mnou / rodiče jsou rozvedení, bydlím s (prosím doplň) /
jiné (jsem v pěstounské péči, bydlím s babičkou a dědou,)

Sourozenci: nemám / mám: prosím uveď:

Co rád děláš ve volném čase, do kterých chodíš kroužků?

S čím tady jsi?

Jak jsi tu dlouho? (počet dní) a **jak dlouho tu ještě budeš?**

Jak se tu cítíš? Bojiš se tu něčeho?

Otázky rozhovoru:

Zamysli se, se kterou z variant odpovědí souhlasíš, případně doplň svou vlastní, pokud mezi uvedenými nenajdeš takovou, se kterou bys souhlasil/a. Pokud cítíš, že je správných odpovědí víc, klidně uveď víc odpovědí. Pokud na nějakou otázku neumíš odpovědět, klidně řekni nevím.

1. **Překvapilo tě, že je tu škola při nemocnici, nebo jsi to věděl?**

- Překvapilo
 - Už jsem v nemocnici byl, tak jsem to věděl/a
 - Jsem v nemocnici poprvé, ale věděl/a jsem to, řekl mi o tom (prosím, uveď kdo)
-

2. **Jsi rád/a, že je tu škola, nebo bys byl/a radši, kdyby tu nebyla?**

- Jsem rád/a, že tu je, aspoň mi to tu víc utíká

- Jsem rád/a, že tu je, aspoň toho ve škole doma nebudu muset tolik dohánět
 - Nevadí mi, že tu je
 - Byl/a raději, kdybych se tu učit nemusel/a
 - Jiné:
3. **Jak často za tebou chodí paní učitelka a kolik času spolu trávíte?**
- Každý den jednou denně asi na půl hodiny
 - Každý den víckrát denně – jak často?
 - Jiné:
4. **Jaké předměty se tady učíš?**
- Matematiku a český jazyk a
 - Jiné:
5. **Jak probíhá vyučování tady v nemocnici?**
- Učíme se z učebnic a sešitů, které jsem si s sebou z domů přinesl/a
 - Paní učitelka si s sebou nosí vlastní pracovní listy
 - Hrajeme si různé hry s tematikou, kterou zrovna probíráme – pokud ano, jaké? Uveď prosím příklad:
.....
6. **Víš, kdo je herní specialista a co dělá?**
.....
7. **Kdo Ti v nemocnici vysvětluje, co Ti je a co se s Tebou bude v nemocnici dít – co Tě čeká, jaká vyšetření, zákroky atd.?**
- Sestra nebo lékař – kdo častěji? - prosím označ
 - Sestra nebo lékař, ale probírají to spíš s rodiči, Ti to potom řeknou mně
 - Herní specialista
 - Paní učitelka
 - Psycholog
 - Někdo jiný:
8. **Setkal ses během svého pobytu v nemocnici s herním specialistou? Pokud ano, jak často za Tebou chodí?**
- Nebyl/a tu za mnou
 - Stavil/a se tu za mnou jednou / víckrát – kolikrát?
 - Chodí za mnou pravidelně (jak často a kolik času s tebou asi tráví?)
.....

- Za mnou nikdo nebyl, ale byl/a u kamaráda – kamarádky na pokoji / na vedlejším pokoji

9. **Pokud za tebou herní specialista byl, kvůli čemu?**

- Nebyl/a za mnou, takže nemohu odpovědět
- Vysvětlil/a mi, co mě v nemocnici čeká, co mi je, povídali jsme si o tom
- Vysvětlil/a mi, co mě v nemocnici čeká, co mi je, povídali jsme si o tom a ještě používal pomůcky: prosím, uveď jaké (obrázky, video, panenky, jiné:)
.....
- Přišel si popovídat, o tom, jak se mám
- Přišel za mnou a ostatními kamarády na pokoji, aby nám lépe utekl volný čas, dělali jsme spolu:
- Jiné:

10. **Byl za tebou za tu dobu, co tu jsi, psycholog? Napiš ano nebo ne, pokud ano, uveď prosím, kvůli čemu, jak probíhalo vaše setkání a jestli ti pomohl.**

.....

11. **Co děláš ve volném čase, když Tě nečekají žádná vyšetření, zákroky ani školní povinnosti?**

.....
.....

12. **Když za tebou nebo za kamarády na pokoji přijde sestřička, za jakým účelem?**

- Chodí, jen když nosí léky, změřit teplotu nebo mě odvést na nějaké vyšetření
- Chodí si popovídat o tom, jak si mám (jak často?)
- Věnují se nám ve volném čase – hrajeme si hry, povídáme si
- Sestřičky sami od sebe nechodí, když něco chci, musím buď zazvonit, nebo si dojít na sesternu

13. **Co bys řekl/a kamarádům ve škole o svých zážitcích z nemocnice a zkušenostech s následujícími pracovníky:**

sestřičky a lékaři:

Paní učitelky a vychovatelky:

Herní specialista:

Psycholog:

14. **Co bys chtěl/a, aby se tady v nemocnici zlepšilo?**

.....

15. **Je něco, co bys chtěl/a, aby se naopak neměnilo, s čím jsi tu spokojen/á?**

.....

16. **Kdyby vedení nemocnice dostalo velikou částku peněz pro dětská oddělení, na co bys chtěl/a, aby se použily?**

.....